



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)  
The Israel National Institute for Health Policy Research

**כנס ים-המלח ה-12**  
**17-16 בנובמבר 2011**

# **היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה**

יו"ר הכנס: פרופ' ג'ק חביב





המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)  
The Israel National Institute for Health Policy Research

כנס ים-המלח ה-12  
ים-המלח, 16-17 בנובמבר 2011

## **היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה**

- ◆ ארגון מערכת הבריאות לטיפול בקשיש
- ◆ תשתיות: מתקנים, ציוד וכוח-אדם
- ◆ היבטים כלכליים

**יו"ר הכנס: פרופ' ג'ק חביב**

כנס ים-המלח עוסק בסוגיות מרכזיות העומדות על סדר היום של מערכת הבריאות. הכנס נועד ללבן, לגבש חלופות ולהציג יתרונות וחסרונות לסוגיות השונות העומדות לדיון.

הכנס אינו גוף מחליט.

העמדות וההמלצות של משתתפי הכנס, מבטאות את הדעות המקצועיות האישיות ולא בהכרח את העמדה הרישמית של הגוף הארגוני אליו הם משתייכים.

עיצוב גרפי: נאוה מוסקו

הפקה: זיסמן שיבר

## תוכן עניינים

עמוד

4	תכנית הכנס
5	רשימת חברי הצוותים
7	הקדמה - שלמה מור-יוסף
9	היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה - ג'ק חביב

### דוחות הצוותים:

35	<b>צוות 1</b> ארגון מערכת הבריאות לטיפול בקשיש - אהרון כהן ורחל קיי
35	1. רקע ונושאי הדיון
37	2. דיון לפי נושאים
37	א. הטיפול בקשישים: חזון של מדינת ישראל ושל מערכת הבריאות
43	ב. תפיסת ההזדקנות הפעילה וקידום בריאות
49	ג. מערכת תומכת בקשיש ובבני משפחתו
59	ד. התמודדות עם מחלת הדמנציה (שיטיון)
70	ה. רצף שירותים לקשישים
82	ו. מדדי איכות לזקנים
85	3. סיכום
86	נספח: טבלת תכנון מדדי איכות - דוגמה להמחשה
91	<b>צוות 2</b> תשתיות: מתקנים, ציוד וכוח-אדם - ניקי ליברמן ויעקב הרט
91	1. מבוא
96	2. תשתיות כוח-אדם לטיפול בקשיש
102	3. טיפת זהב: בריאות ורווחה של הקשיש
108	4. מסגרת להרחבת התאום במערכת
113	<b>צוות 3</b> היבטים כלכליים - לאה אחדות וטוביה חורב
115	1. ההוצאה הלאומית לבריאות וסיעוד לקשישים - תמהיל מימון ותחזית לעתיד
132	2. ביטוחי בריאות וסיעוד פרטיים
156	3. תמריצים כלכליים
178	נספח: רשימת המשתתפים



## כנס ים-המלח ה-12 היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה

**יום ד', 16.11.2011:**

09:30 - 10:30 הרשמה וכיבוד

10:30 - 13:00 **מושב פתיחה: יו"ר: שלמה מור-יוסף**

**הרצאת אורח: ד"ר אבי שמחון**, יועץ כלכלי בכיר לשר האוצר והאוניברסיטה  
העברית

**הרצאה: רוני גמזו**, מנכ"ל משרד הבריאות  
**דברי פתיחה: ג'ק חביב** - יו"ר הכנס

### הצגת עבודת הצוותים:

- צוות 1 אהרון כהן ורחל קיי** - ארגון מערכת הבריאות לטיפול בקשיש
- צוות 2 ניקי ליברמן ויעקב רט** - תשתיות: מתקנים, ציוד וכוח-אדם
- צוות 3 לאה אחדות וטוביה חורב** - היבטים כלכליים

13:00 - 14:00 ארוחת צהריים

14:00 - 16:00 **דיונים בקבוצות העבודה**

16:00 - 16:30 הפסקת קפה

16:30 - 18:30 **דיונים בקבוצות העבודה**

20:00 - 23:00 ארוחת ערב

**תכנית אמנותית:** "פגישה לאין קץ" עם יצירתו של נתן אלתרמן,  
בסימן מאה שנה להולדתו

**יום ה', 17.11.2011:**

08:30 - 10:30 **דיונים בקבוצות העבודה**

10:30 - 11:00 הפסקת קפה

11:00 - 13:00 **דיונים בקבוצות העבודה**

13:00 - 14:00 ארוחת צהריים

14:00 - 16:30 **מליאת סיכום: יו"ר: אליק אבירם**

**דברי ברכה: הרב יעקב ליצמן**, סגן שר הבריאות

**משה בר סימן טוב**, סגן הממונה על התקציבים, משרד האוצר

### הצגת סיכום דיוני הצוותים

**דברי סיכום: ג'ק חביב**

דיון

<b>רשימת הצוותים</b>			
<b>וועדת ההיגוי</b>		יו"ר - ג'ק חביב, אליק אבירם, לאה אחדות, גבי בן-נון, חיים דורון, יעקב הארט, טוביה חורב, אורית יעקובסון, אהרון כהן, ניקי ליברמן, שלמה מור-יוסף, גור עופר, רחל קיי	
<b>מרכזת</b>		זיוה ליטבק	
<b>צוותי הכנה:</b>			
<b>צוות 3</b>	<b>צוות 2</b>	<b>צוות 1</b>	
היבטים כלכליים	תשתיות: מתקנים, ציוד וכוח-אדם	ארגון מערכת הבריאות לטיפול בקשיש	
לאה אחדות וטוביה חורב  ניר קידר  שי בריל שולי ברמלי-גרינברג יצחק הרמן פרנסיס ווד אביעד טור-סיני צחית סימון תובל סיגל רגב-רוזנברג	ניקי ליברמן ויעקב הרט  רחל ניסנהולץ-גנות  לאה אהרוני זאב אהרונסון יוסי ברגמן יצהל ברנר פנחס ברקמן נעה חורב נעה כץ ערן מצ כלנית קיי זוריאן רדומיסלסקי	אהרון כהן ורחל קיי  ג'ני ברודסקי  שרון אסיסקוביץ מרים בר גיורא צבי דוולצקי דורית וייס זהרה כהן אריאלה לבנשטיין אמנון להד שרה לוי יהונתן למברגר אורלי שפר	<b>יו"ר</b>  <b>מרכזי צוות</b>  <b>צוות הכנה</b>

## היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה

כנס ים-המלח של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, הינו הכנס המרכזי בו ראשי מערכת הבריאות מתכנסים באווירה אקדמית בכדי לדון בנושאי מדיניות מהותיים, אשר על סדר היום הציבורי.

כנסי ים-המלח עוסקים בסוגיות שונות בתחום מדיניות בריאות, ומאפשרים גיבוש הסכמות והגשת המלצות לקובעי המדיניות במטרה לשפר וליעל את תפקודה של מערכת הבריאות בישראל.

### כנס ים-המלח ה-12 דן בנושא: "היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה"

נושא זה נמצא על סדר היום החברתי של מדינות העולם המערבי מזה יותר מעשור. הצורך לגבש מדיניות שתמודד עם ההערכות הלאומיות בתחום זה נמצא על שולחן כל משרדי הממשלה בישראל ובכלל זה משרד בריאות. ועל כן מצאנו לנכון במכון הלאומי, בתיאום עם מנכ"ל משרד הבריאות, להקדיש את כנס ים-המלח השנה לנושא זה.

במסגרת הכנס התקיימו הדיונים בשלושה היבטים:

- ◆ הארגון והמסגרות של המערך הטיפולי ברמה המוסדית.
- ◆ התשתיות: מתקנים, ציוד וכוח-אדם.
- ◆ האספקטים הכלכליים הקשורים בהיערכות זו.

הכנס נועד להיות מקום למפגש לדעות שונות ולליבון נושאים מרכזיים. הכנס אינו מקום לקבלת החלטות אופרטיביות אלא לגיבוש מסמך המתאר את מגוון הבעיות והפתרונות האפשריים.

בדיונים, השתדלנו להתייחס לנושא מהצד האקדמי ופחות מהצד הפרופסיונאלי ואני מקווה כי הצלחנו לקיים את הדיון באופן אובייקטיבי, כמו בכל שנה, מבלי לבחון את הנושא רק מנקודת המבט האישית/מוסדית של כל אחת ואחד מאיתנו.

ברצוני להודות ליו"ר וועדת ההיגוי של הכנס, פרופ' ג'ק חביב ולמכון ברוקדייל על ההשקעה בהכנת החומר לכנס. תודות לראשי הצוותים: ד"ר אהרון כהן, ד"ר רחל קיי, ד"ר ניקי ליברמן, פרופ' יעקב הרט, פרופ' לאה אחדות וד"ר טוביה חורב, לרכזי הצוותים: גב' ג'ני ברודסקי, ד"ר רחל ניסנהולץ-גנות ומר ניר קידר וכן לחברי הצוותים ולצוות המכון הלאומי בראשות פרופ' אליק אבירם וגב' זיוה ליטבק על עבודת ההכנה היסודית לקראת הכנס ועל המאמץ לסכם את דיוני הכנס והמלצותיו.

ב-11 לדצמבר 2011, פחות מחודש לאחר הכנס, מינה מנכ"ל משרד הבריאות פרופ' רוני גמזו וועדה אשר תעסוק ביישום המלצות הכנס. אנו מברכים את המנכ"ל על יוזמה ברוכה זו.



**פרופ' שלמה מור-יוסף**  
**יו"ר הועד המנהל**

## היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה

הרקע לדיונים  
פרופ' ג'ק חביב

### 1. מבוא

ההזדקנות מהווה מגמה מרכזית אשר משפיעה על דפוסי החיים בעידן המודרני. הכנס התקיים על רקע הצורך להתמודד עם השלכות של ההזדקנות המהירה של אוכלוסיית ישראל והגידול המהיר במספר הקשישים עד שנת 2030 הנובע מכך. החשיבות של הנושא נובעת גם מההתלבטויות הרבות לגבי ההתייחסות לצורכי האוכלוסייה הקשישה כיום בישראל ובעולם.

### 2. נושאי הכנס והתארגנות קבוצות העבודה

על מנת לקדם את הדיון בסוגיות הרבות העולות במסגרת הכנס הורכבו 3 קבוצות עבודה בעלות דגש ייחודי. כל הקבוצות הדגישו שיש לקחת בחשבון את השינויים בתפיסת ההזדקנות ובתפיסת תקופת הזיקנה שהתרחשו בשנים האחרונות ומקבלים ביטוי במסמכים של הגורמים הבינלאומיים. בהתאם לכך, הקבוצות מדגישות מספר תובנות ועקרונות כלליים משותפים (ראה WHO 2002; UN 2002).  
נדגיש כמה מהם:

א. כנס זה מאורגן ע"י המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות ורוב המשתתפים היו ממערכת הבריאות. יחד עם זאת, הראיה של הכנס את סוגית ההזדקנות היא רחבה, ומתייחסת להגדרת הבריאות הרחבה של ארגון הבריאות העולמי. לפי הגדרה זו, בריאות היא מצב של שלמות פיזית, נפשית וחברתית הכוללת בתוכה את הבריאות והרווחה של הקשיש בכל המישורים ולא רק העדר של חולי או מגבלות תפקודיות. מאחורי זה עומדת התובנה לגבי ההשלכות ההדדיות של בריאות ורווחה. מה שקורה במישורים החברתיים והכלכליים משפיע במידה רבה על בריאות האוכלוסייה הקשישה. שמירה על הבריאות מהווה תרומה משמעותית לאפשרות להנות מאיכות חיים בכל המישורים האחרים. לכן השתתפו בכנס נציגי משרדים נוספים: משרד הרווחה, ביטוח לאומי והמשרד לאזרחים ותיקים.

ב. הדגש על הזדקנות פעילה, מה שהפך להיות הבסיס לתוכנית על הזדקנות של ה-WHO, וגם של האו"ם. התוכנית לעידוד מדיניות להזדקנות פעילה של ארגון הבריאות העולמי (WHO 2002) מגדירה הזדקנות פעילה כתהליך של מיצוי ההזדמנויות לבריאות, השתתפות חברתית וביטחון אישי על מנת להעלות את איכות החיים ככל שהאוכלוסייה מזדקנת.

ג. הצורך להתייחס לכל מהלך החיים ולא רק לתקופת הזיקנה כאשר אורך החיים לפני תקופת הזיקנה ולקראתה משפיע על איכות החיים בזיקנה.

ד. לאופי ההתייחסות לקשיש ולתהליך ההזדקנות של האוכלוסייה יש השלכות לאוכלוסייה של הקשישים, למשפחותיהם ולכלל האוכלוסייה.

לכל קבוצה היו נושאים ייחודיים, לצד כמה נושאים משותפים לכולן.

### **קבוצה 1:**

פרסה את החזון לגבי רווחתם ומקומם של הקשישים בעתיד והציעה יעדים רחבים להתמודדות עם תהליך ההזדקנות בעתיד. כרקע להגדרת החזון, היא הקדישה פרק לפירוט והבהרה של המושג זיקנה פעילה (active aging). בנוסף, הקבוצה עסקה בשני נושאים ספציפיים: תמיכה בקשיש על מנת לאפשר לו לגור בקהילה, עם דגש מיוחד על הצורך לתמוך גם במשפחת הקשיש. כמו כן, הקדישה הקבוצה דיון מיוחד לאתגרים הייחודיים של תמיכה בקשיש עם דמונציה ובמשפחתו, לאור ההתרחבות המהירה של תופעה זו.

גישת ההזדקנות הפעילה מבוססת על ההכרה בזכויות האדם של הקשישים וההכרה בעקרונות ארגון האומות המאוחדות המדגישים עצמאות, השתתפות, כבוד, יחס של אכפתיות והגשמה עצמית.

### **קבוצה 2:**

התמקדה באתגר של פיתוח כוח האדם המטפל בקשיש, הן כוח האדם במערכת הבריאות בכלל, והן כוח האדם המתמחה ברפואה גריאטרית ובטיפול בקשיש. מעבר להתייחסות לכוח האדם המקצועי, הקדישה הקבוצה תשומת לב מיוחדת למטפלים בקשיש בביתו בטיפול אישי. דגש שני היה על התארגנות הקהילה גם ברמה העירונית והשכונתית, על מנת להתייחס למכלול הצרכים של הקשיש ולתפקיד המיוחד של קופות החולים במערך זה.

### קבוצה 3:

עסקה בהיבטים הכלכליים, עם דגש על שלושה היבטים:

1. התמהיל של מימון פרטי ומימון ציבורי על רקע תחזית ההוצאה הלאומית לבריאות וסיעוד לקשישים.
2. ביטוחי בריאות וסיעוד פרטיים - סוגיות לגבי הרגולציה של הביטוחים הפרטיים, השינויים הצפויים בהם בעתיד והשלכותיהם עבור הקשישים.
3. תמריצים - התמריצים הנובעים מהמבנה הארגוני של השירותים לקשיש ומדרכי המימון שלהם, ובחינת דרכים שונות לשיפור מבנה התמריצים על מנת לענות על המטרות העיקריות של הטיפול בקשיש.

ישנם מספר נושאים אשר קיבלו התייחסות משלוש הקבוצות. כל שלוש הקבוצות עסקו במאמצים לקדם שיתוף פעולה ורצף טיפולי בין הגורמים המטפלים בקשיש, בפרט על רקע הפיצול הרב שקיים באחריות למרכיבים השונים.

בהקשר זה קבוצה 1 התייחסה בעיקר להיבטים הקשורים לרצף בין מרכיבים שונים של מערכת הבריאות כמו בין בית חולים כללי לקהילה או בין שיקום להמשך טיפול בקהילה. בקבוצה 3 הדגש היה על רצף טיפולי לגבי הקשישים עם צרכים סיעודיים, אם באשפוז סיעודי ואם בקהילה או בבית. קבוצה 2 הסתכלה יותר על איך מגיעים לשיתוף פעולה בין כל הגורמים הממלכתיים בתכנון וחשיבה לגבי כל היבטי רצף הטיפול.

הפיצול במערך השירותים הוא בחלקו אינהרנטי באופי השירותים, לדוגמה ההפרדה בין האשפוז לבין השירותים בקהילה, ובחלקו תוצאה של הדרך הספציפית שבה התפתחה האחריות לשירותים לקשיש וחולקה בין הגופים הממשלתיים השונים. נושא נוסף שזכה להתייחסות של כל שלושת הקבוצות היה הצורך להגדיר ולמדוד את איכות השירותים.

חלק מהנושאים שעסקו בהם נוגעים במיוחד לאוכלוסייה הקשישה. לדוגמה: היקף התמיכה במשפחות הקשיש. חלקם נוגע לסוגיות הנוגעות לכלל האוכלוסייה או לחלק גדול מהאוכלוסייה כמו רצף הטיפול בין הקשיש לקהילה. אך הבעיות הכלליות האלו לעתים מקבלות ביטוי שכיח או חריף יותר אצל האוכלוסייה הקשישה ולעתים גם אופי הפתרונות צריך להיות שונה ומותאם לאוכלוסייה זו.

### 3. דוחות של משרד הבריאות שפורסמו בתקופה האחרונה

יש להדגיש שבשנים האחרונות מערכת הבריאות עסקה בניסיון להתמודד עם צרכי הקשיש ותהליך ההזדקנות. הוכנו מספר עבודות בנושא, אשר שמשו רקע חשוב לעבודת הקבוצות ולדיונים שהיו בכנס. בין הדוחות שיצאו לאחרונה ניתן למנות:

- ◆ הועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי לשנים 2010-2030 (ועדת שטסמן) שמונתה על ידי מנכ"ל משרד הבריאות. טיוטה של הדוח הוגשה בספטמבר 2011 והדוח הסופי הופץ בכנס. הועדה עסקה בבחינת השלכות ההזדקנות למערך השירותים וכוח האדם האוניברסאליים והיעודיים לקשישים.

- ◆ דוח רפורמת הביטוח הציבורי בתחום הסיעוד, משרד הבריאות, המציע שינויים משמעותיים בכל מערך הטיפול הסיעודי. הדוח הופץ בכנס. (חורב, קידר והרשקוביץ' 2011).

- ◆ הדוח לעתיד בריא 2020 של משרד הבריאות המתייחס לתוכנית להרחבת ההשקעה בקידום בריאות לכל האוכלוסייה עם פרקים מיוחדים המתייחסים לאוכלוסייה הקשישה. גרסה מעודכנת הופצה בכנס.

<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=75>

### 4. תהליך ההזדקנות עד 2030

לפי תחזיות הלמ"ס, בין השנים 2009-2030, אחוז האנשים מעל גיל 65 אמור לגדול מ-9.8% ל-13.7%. הדבר בא אחרי שינוי קטן ביותר באחוז הקשישים מאז 1980. משמעות הדבר היא שהאוכלוסייה הקשישה תגדל מ-741,500 ל-1,366,600, כלומר גידול של 84% על פני התקופה. זאת, לעומת גידול של 32% בכלל האוכלוסייה (ראה לוחות 1, 3, 5 ו-6). שיעור הגידול במספר הקשישים הוא מהיר הרבה יותר מהמדינות המערביות האחרות (לוח 2).

בהתייחסות לתהליך ההזדקנות, חשוב להבחין בין הקשישים הצעירים יותר לאלו המבוגרים יותר. בין 2009-2030, הגידול בקרב בני 75+ יהיה 90% ובקרב בני 65-74 79%. כלומר, תהיה רק קצת הזדקנות של הקשישים עצמם. בשנת 2009 בני 75+ מהווים 47.8% מאוכלוסיית הקשישים לעומת 49.2% בשנת 2030.



חשוב גם להפריד בין שתי תקופות: 2009-2020 ו-2020-2030, מכיון שהמגמות שונות באופן דרמטי. הגידול של כלל בני 65+ יהיה מהיר יותר בתקופה הראשונה לעומת השנייה אבל עיקר הגידול בתקופה הראשונה יהיה של בני 65-74 ובתקופה שנייה עיקר הגידול יהיה של בני 75+. המשמעות היא שבכל תקופה אופי האתגר יהיה שונה, ויש לקחת זאת בחשבון.

יש לציין שעל אף הגידול הצפוי, אנחנו היום מדינה צעירה יחסית לארצות המערב ונישאר כך גם ב-2030 ובהמשך הנראה לעין (ראה לוח 4). המשמעות היא שההזדקנות בעתיד תהיה במימדים שהרבה יותר קל להתמודד איתם, לעומת המימדים במדינות מערביות אחרות. דבר זה לא ממעיט מגודל האתגר שעומד בפנינו בעשרים השנים הבאות. היערכות נכונה בתקופה זו יכולה לשרת אותנו למשך שנים רבות בעתיד.

## **5. שינוי בהרכב הגיל של כלל האוכלוסייה והשפעת תהליך ההזדקנות על יחס התלות**

לא ניתן לבחון את מלוא השלכות ההזדקנות כאשר מסתכלים רק על מה שקורה לאחוז הקשישים באוכלוסייה. יש שתי אוכלוסיות נתמכות מרכזיות - ילדים וקשישים. הזדקנות האוכלוסייה טומנת בחובה שינויים נוספים במבנה הגיל, ובפרט שינוי במשקל של האוכלוסייה הצעירה. אם בני 65+ גדלים בקצב מהיר מכלל האוכלוסייה - 84% במהלך התקופה, הצעירים 0-19 גדלים בקצב נמוך יותר - רק 19% (ראה לוח 7).

על מנת להתמודד עם הראיה הרחבה הזו, פותח בספרות הדמוגרפית מדד של יחס התלות - יחס התלות הכולל מוגדר כ- (בני 0-19)+(בני 65+) חלקי (בני 20-64) כפול 100. כלומר, מספר האנשים באוכלוסייה המוגדרת כתלויה, לכל 100 אנשים בגילאי העבודה שאמורה לתמוך בה. ב-2009, המספר עמד על 83.9 והוא יגדל רק במעט ל-85.3 עד 2030.

ליציבות יחס התלות יש משמעות מאקרו-כלכלית כללית במובן זה שהיקף האוכלוסיות התלויות אינו גדל ביחס למספר המפרנסים הפוטנציאליים, כלומר, היכולת לממן את ההוצאות על התלויים. מעבר לכך, דבר זה אמור להקל על ההתמודדות עם הגידול בצורכי הקשישים כי המשמעות היא שהצרכים של הצעירים גדלים בקצב נמוך יותר מאשר בעבר ולכן, במידה שהמערכת גמישה ומאפשרת

הרחבה של השירותים בהתאם לצרכים, הדבר יקל על מציאת מקורות לפיתוח שירותים לקשישים. אך, היציבות של יחס התלות לא אומרת שאין גידול בעומס התקציבי הכולל, כיוון שהעלות הציבורית שונה בין קשיש וילד. במערכת הבריאות עצמה העלות של קשיש היא הרבה יותר גבוהה מזו של ילד, כפי שמתבטא במקדמי הקפיטציה.

קבוצות העבודה שהכינו את דוחות הרקע לא ניסו להתמודד עם הראיה הרחבה הזו, אבל חשוב שראיה זו תעמוד לנגד עינינו בתכנון ההיערכות לעתיד.

## 6. תוחלת החיים

תהליך ההזדקנות קשור לשינויים בשיעורי הילודה ובתוחלת החיים ובהקשר הישראלי יש השפעה רבה גם למבנה הגיל של גלי העלייה לישראל.

אבל החשיבות של השינויים בתוחלת החיים היא הרבה מעבר להשפעה של מבנה הגיל של האוכלוסייה. העלייה בתוחלת החיים בכלל או בגיל +65 בפרט משפיעה גם על הצורך להיערך לתקופת הזיקנה מבחינת החסכון לפנסיה וגם על העלות של ביטוחי בריאות פרטיים.

השפעה מרכזית נוספת היא על אורך התקופה שמשפחה צריכה להקדיש מזמנה לטיפול בהורה קשיש. למאמץ המתמשך יש משמעויות מעבר להשלכות של אינטנסיביות המאמץ בכל נקודת זמן. בהקשר זה יש חשיבות מיוחדת לגידול בתוחלת החיים עם מוגבלות או עם מחלות קשות.

כידוע, לצד השינויים בשיעור הילודה התרחשו בעשורים האחרונים שינויים דרמטיים בתוחלת החיים. השינויים הם לא רק בתוחלת החיים בלידה אלא גם בגילים המבוגרים יותר. שינויים לאחר גיל 65 משפיעים במיוחד על תקופת ההתמודדות של המשפחה. בלוח 8 אנחנו מציגים את ההתפתחות של תוחלת החיים בישראל בין 1999-2009. הגידול בתוחלת החיים בלידה היה 3.1 שנים בתקופה זו, בגיל 65 שנתיים ובגיל 80 כשנה ורבע (לוח 8).

בלוח 9 אנחנו מציגים את הצפי להמשך הגידול בתוחלת החיים ששימש בסיס לתחזיות של הלמ"ס. הנחת הלמ"ס היא שתוחלת החיים בלידה תגדל בכ-4 שנים במשך כ-20 שנים הבאות עד 2030, כלומר בקצב קצת מהיר יותר (לוח 9).

## 7. יחס התמיכה בהורים

הדוחות וההמלצות של הקבוצות התייחסו במידה רבה להשלכות של השינויים בתהליך ההזדקנות על משפחות הקשישים. אינדיקטור מרכזי לעומס המוטל על משפחות הקשישים הוא יחס התמיכה בהורים, כלומר מספר האנשים בגילאי +80 (גילאים של ירידה תפקודית) ביחס למספר האנשים בגילאי 50-64 (גילאי התמיכה העיקרית בהורים) כפול 100. בלוח 10 ניתן לראות שמספר זה עמד על 19.2 ב-2009 (19.2 אנשים בגילאי +80 לכל 100 אנשים בגילאי 50-64) והוא יגדל משמעותית לאורך תקופת התחזית ויגיע ל-28.3 ב-2030. יחד עם זאת, הוא נשאר נמוך יותר מאשר במדינות המערב עקב רמת הפרייון הגבוהה יותר בישראל והאחוז הנמוך יותר של הקשישים באוכלוסייה.

יתר על כן, כאמור, תקופת התמיכה מתארכת עקב העליה בתוחלת החיים בגילאי +80 כאשר העליה בתוחלת החיים מעלה את הסיכוי שיהיה הורה בחיים ומוגבל לתקופה ממושכת יותר ועם סוגי תחלואה מורכבים יותר, בפרט דמנציה. אם כן, לאנשים בגיל הביניים ישנה, מעבר למחויבות לעבודה, מחויבות גם להורים ולנכדים. הקרבה הגיאוגרפית בישראל וערכי החברה מאפשרים לבני המשפחה למלא תפקיד יותר רחב בטיפול בהורים קשישים.

מידת המאמץ הנדרשת מהמשפחה קשורה כמובן להיקף ולאיכות של השירותים הפורמליים שמטרתם להעניק סיוע לקשיש. בישראל, גם שיעור הטיפול החוץ ביתי וגם שיעור ואורך האשפוז האקוטי נמוכים מאד. ייתכן שדבר זה מתאפשר בגלל מחויבותם של בני המשפחה, אבל מצד שני, עובדות אלו מצביעות על כך שהמשפחות בישראל צריכות להתמודד עם הורים מוגבלים יותר וחולים יותר מאשר במדינות אחרות.

מניתוח זה עולות מספר מטרות מרכזיות: לחזק את היכולת של המשפחות להמשיך לטפל; לצמצם את הפגיעה של עומס הטיפול בהן; לייעל ולחזק את הידע ואת הכישורים שלהן לגבי הטיפול; ולתת להן מקום ראוי בקבלת ההחלטות.

הדוח האחרון של ה-WHO מדגיש את החשיבות של התמיכה במשפחות, ויחד עם זה מדגיש כי על אף השינויים הדמוגרפיים, יישאר הצורך במשפחה כשותף מרכזי לטיפול.

בדיון בהשלכות ההזדקנות על התומכים, ישנן שתי נקודות נוספות שיש לקחת בחשבון: אם לתומכים תהיה התחייבות רבה יותר לטפל בהורים הקשישים, תהיה להם פחות מחויבות כלפי הילדים עם הירידה בפרייון, כלומר במספר הילדים במשפחה.

יש לזכור שמקור חשוב נוסף לשותפות בטיפול בקשישים הוא בני הזוג שלהם. בניגוד לירידה שחלה, עם תהליך ההזדקנות, במספר הילדים אשר יכולים להוות תומכים פוטנציאליים, אין בהכרח ירידה במספר הקשישים הזקוקים לעזרה שחיים עם בן או בת זוג. בלוח 11 אנו רואים שאחוז הקשישים שחיים עם בני זוג הוא משמעותי, כ-45%, ומשתנה במידה מתונה בגילאי 65-74 וגילאי +75. יחד עם זאת, גם בן או בת הזוג זקוקים לתמיכה בתפקידם כתומכים, ולא רק בני המשפחה.

## 8. תחזית על השלכות ההזדקנות על צרכי הקשישים

בסעיף זה אנו מתייחסים להיקף הגידול בצרכי הקשישים הנובעים מתהליך ההזדקנות, ועד כמה צרכים אלו גדלים בקצב מהיר יותר מהגידול באוכלוסייה הכללית. ועדת שטסמן עסקה בסוגיה זו בצורה מעמיקה ואנו נביא כמה דוגמאות מהממצאים שלהם. הגידול בצרכים קשור לגידול בהיקף התחלואה והמוגבלות. נציג קודם ממצאים בנושא הגידול בהיקף המוגבלות (לוחות 12-13), ולאחר מכן נציג את ההשלכות להיקף הזכאים לחוק סיעוד ולשלושה סוגי אשפוז (לוח 14).

### תחזית הגידול בקשישים בעלי מוגבלות תפקודית (בעלי צורך בטיפול אישי)

הגידול בהיקף המוגבלים הוא אחד הגורמים לגידול בצורך בשירותים. התחזית של ועדת שטסמן לקחו בחשבון שינויים בגיל, מין ובהרכב קבוצות האוכלוסייה לפי לאום של הקשישים. ההנחה המרכזית שעליה התבססה התחזית היא ששיעורי המוגבלות לפי מאפיינים אלו ישארו ברמה שהיו בה ב-2009. כלומר, אין תהליך של שיפור ברמת הבריאות, לפחות כפי שהדבר מתבטא בשיעורי המוגבלות.

לפי תחזיות הוועדה, היקף המוגבלים בקרב בני 65+ יעלה ב-95% בין 2009-2030, לעומת הגידול של 84% במספר בני 65+ ו-32% בכלל האוכלוסייה. כתוצאה מכך, שיעור המוגבלים בקרב אוכלוסיית הקשישים יעלה מ-23.7% ל-25.1%.

אולם, יש הבדל מאוד משמעותי בין שתי תת-התקופות. הגידול במספר המוגבלים בין 2009-2020 הוא רק 33% ושיעור המוגבלות אף יורד בתקופה זו. לעומת זאת, הגידול בין 2020-2030 הוא של 47% ושיעור המוגבלות עולה בתקופה זו. דפוסים אלו משקפים את ההבדלים בין התקופות בדפוס גידול האוכלוסייה לפי גיל הקשיש שהצגנו בסעיף 4.

אחוז הנשים בקרב בעלי המוגבלות הוא כ-68% (ולא משתנה באופן משמעותי לאורך התקופה), וכ-75% מכלל בעלי המוגבלות הם מעל גיל 75. חשוב לציין שלאורך כל תקופת התחזית, רק כ-13% מהמוגבלים נמצאים במוסדות ומרבית הקשישים נמצאים בקהילה, כ-87%.

### **תחזית הגידול בצורך בקצבת חוק סיעוד לקשישים בקהילה ובסוגים שונים של מיטות אשפוז**

אנו בוחנים את ההשלכות של הגידול באוכלוסייה הקשישה ובהיקף בעלי המוגבלות על הצורך במספר סוגי שירותים. פעם נוספת, התחזיות נלקחות מועדת שטסמן.

התחזית מתחשבת בהיקף הגידול של אוכלוסיית הקשישים וגם בשינוי המבנה הגילאי של הקשישים. ההנחה המרכזית היא שימי האשפוז לפי גיל הקשיש נשארים ברמה שהיו בה ב-2009. ועדת שטסמן התייחסה ל-3 סוגי אשפוז: אשפוז כללי, אשפוז גריאטריה פעילה ואשפוז ממושך. כפי שראינו, לאורך תקופת התחזית כולה, בין 2009-2030 אין שינוי משמעותי בהרכב האוכלוסייה הקשישה לפי גיל. לכן, הגידול הצפוי בימי אשפוז הוא רק קצת מעל הגידול בכלל אוכלוסיית הקשישים (נע בין 86%-90% לפי סוג האשפוז).

אך, חשוב מאד לציין שיש הבדל משמעותי בין שתי התקופות, כצפוי. הגידול בימי האשפוז הגריאטרי ובאשפוז הממושך הוא הרבה יותר מרוכז בתקופה השנייה, כאשר חל הגידול המהיר באוכלוסייה מעל גיל 75. לעומת זאת הגידול באשפוז הכללי מתחלק באופן שווה בין שתי התקופות.

הגידול בזכאים לחוק סיעוד מאד דומה לגידול באוכלוסייה, וכצפוי, הוא הרבה יותר גדול בתקופה השניה לעומת הראשונה (44% לעומת 27%).

לסיכום, גם הגידול במוגבלות וגם הגידול בצורך בשירותים קהילתיים ובשירותי אשפוז יהיה דומה לגידול בכלל הקשישים אבל עם הבדל משמעותי בין התקופות.

## 9. שינויים במאפיינים נוספים של הקשישים והשלכותיהם

מעבר לשינויים בגיל, ישנם שינויים אחרים שמתרחשים בהרכב הקשישים כמו בהשכלה, ברמת ההכנסה ובאחוז האוכלוסייה הערבית.

שאלה מרכזית המעסיקה את כל העוסקים בהשלכות ההזדקנות היא: האם יש מגמה של שיפור ברמת הבריאות והתפקוד של הקשישים? כלומר, האם הרמה הבריאותית של הקשיש בגיל נתון משתפרת עם הזמן (*age specific rates*). שיפור מעין זה יכול למתן את הגידול בצרכים בעקבות ההזדקנות. כפי שצינו, התחזיות בסעיף הקודם מבוססות על ההנחה שאין שינוי, לא לטובה ולא לרעה. יש נסיונות במספר מדינות לאמוד את השינויים האלו ולבחון את השפעתם על התחזיות. ישנם מספר נסיונות לסקור את הממצאים הללו. מתוך הסקירות עולה שהממצאים לא נותנים תשובה ברורה לגבי המגמות. יש גם אינדיקציה לכך שהמגמות יכולות להיות שונות בין הקשישים הצעירים לצעירים המבוגרים יותר. כלומר, ייתכן שבקרב הקשישים הצעירים יותר בגילאים 65-74 יש שיפור, אבל לעומת זאת, בגילאים המבוגרים יותר התמונה מתהפכת עקב הגידול בתוחלת החיים של אנשים עם מחלות ומוגבלות. הסקירה המקיפה ביותר של ה-OECD ממליצה לא להסתמך על ההנחה של שיפור ברמת הבריאות לצורך תהליכי תכנון לעתיד (ראה Lafortune and others, 2007).

מגמות אלו, כפי שמתבטא גם בסקירות, יכולות להיות שונות בין מדינה למדינה. הדבר תלוי בחלקו בשינויים אחרים המתרחשים באוכלוסיית הקשישים. לדוגמה, שינויים בהשכלה וברמת ההכנסה יכולים להשפיע על אופי והיקף הצרכים ועל היכולת לנצל סיוע באופן אפקטיבי. לדוגמה, היכולת של הקשישים לנצל טכנולוגיות חדשות המייעלות את תהליכי הטיפול או המייעלות את אספקת המידע לקשיש. ייתכן שגם המודעות שלהם לאורח חיים בריא תגדל. מצד שני, ייתכן שגם תגדל הציפייה לקבלת שירותים ברמה יותר גבוהה ולשפותות אמיתית בתהליכי

הטיפול. לכן, חשוב לפרוס ראייה רחבה יותר של המגמות בקרב הקשישים ושל משמעותן האפשרית.

בלוח 15 אנו מציגים נתונים על המגמות ברמת ההשכלה של הקשישים. כפי שניתן לראות, חלה עליה דרמטית בין 1990-2000 ובין 2000-2009 ברמת ההשכלה של האוכלוסייה הקשישה. בלוח 16 אנו יכולים לראות שהאוכלוסייה בגילאים 45-64 ב-2009 אף יותר משכילה. לכן, יש לצפות בשני העשורים הבאים לקפיצה מאד משמעותית נוספת ברמת ההשכלה. הדבר יכול לתרום לשיפור ברמת הבריאות של הקשישים, ולאפשרות לערב אותם כשותפים פעילים בתכניות לקידום בריאות.

מגמה נוספת היא שהגידול יהיה מהיר במיוחד בקרב האוכלוסייה הערבית כאשר מספר הקשישים יגדל ב-176%. הדבר יחייב התייחסות לצרכים הייחודיים של אוכלוסייה זו וגם לאזורים הגיאוגרפיים בהם הם מרוכזים. חלקם בקרב הקשישים יגדל מ-8% ל-12%.

## 10. האתגרים והאפשרויות לעצב את העתיד

מובן מהדיונים שהמשותף לכל המשתתפים הוא תחושת הדחיפות להתייחס לגידול המהיר שכבר מתרחש - גידול של 44% בעשור זה בסך הקשישים וגידול של מעל 50% בקשישים סיעודיים בעשור הבא. המחיר של אי התמודדות עם המגמה עלול להיות התדרדרות בהישגי המערכת עד כה.

העבודה של הקבוצות והמלצותיהן מבטאות את ההסכמה הרחבה שאנו לא רק עוסקים באיך לשמר את הקיים מול תהליכי הזדקנות, אלא גם באיך לעצב את העתיד. ההמלצות מתייחסות לכיוונים רבים המאפשרים לעצב אחרת את מצב הקשישים היום ובעתיד. בעצם, הצוותים חיפשו לזהות את המנופים לשינוי שיכולים להשפיע על ההתמודדות שלנו עם אתגרי הזיקנה.

מאחורי ההמלצות של הקבוצות עומדת התייחסות גם לגידול המהיר באוכלוסייה הקשישה וגם לעניין לשפר ולשכלל את מערכת הטיפול בקשיש ומשפחתו היום: אם זה כדי להרחיב את הסיוע לקשיש ומשפחתו, אם זה כדי ליעל את השימוש, אם זה כדי להבטיח שירותים יותר מתאימים והולמים את רצונותיהם ואם זה כדי לאמץ דרכים יותר יעילות מבחינת העלות על מנת להתמודד עם הגידול בצרכים.

הדוחות של הקבוצות נתנו ביטוי לשינויים הרבים שחלו במערכת הטיפול בקשיש בשנים האחרונות, ויש התנסויות עם דפוסי טיפול חדשים. ההתנסויות קשורות למגוון נושאים, כמו תפקידה של הגריאטריה במערכת הטיפול, ניצול טכנולוגיות ליעול הטיפול הביתי, אשפוז בית, מסגרות שונות לאספקת מידע לקשיש ולמשפחה והתנסויות עם צורות חדשות של תמריצים על מנת לכוון את דפוסי השימוש של השירותים. רוב ההתנסויות האלו עוד לא התמסדו ולא קיבלו תפוצה רחבה או ארצית, והדבר מקבל ביטוי בהמלצות הקבוצות.

מוקד מרכזי בכנס נגע לסוגיות של כוח-אדם מבחינת הזמינות היום והיכולת להמשיך להרחיב אותה בעתיד. מספר המלצות עסקו בחיזוק כוח-אדם קיים והגדרת תפקידים חדשים על מנת להתמודד עם הסוגיה.

עיסוק מרכזי נוסף היה במבנה המערכת עצמה, מבחינת האחריות והמימון. מבנה זה משפיע גם על מערכת התמריצים הפועלים על הספקים ועל אנשי המקצוע, וגם על אופי חלוקת האחריות המימונית בין הקשיש, משפחתו והמדינה. ההמלצות מיקדו את תשומת הלב לצורך לפעול להסדרת נושאים אלו, כאשר ברקע עמדה התכנית שהוצגה ע"י משרד הבריאות לארגון מחדש של המערכת המספקת והמממנת את שירותי הסיעוד במוסדות ובקהילה (חורב ואחרים, 2011).

שינויים בדפוסי טיפול יכולים לקרות לא רק על ידי אימוץ דפוסי טיפול חדשים, אלא גם על ידי שינויים בדגשים בהשקעת המשאבים. לדוגמה, הרחבת המשאבים לצורך טיפול בית יכולה בעצמה לשנות את דפוסי השימוש בשירותים אחרים כמו שירותי אשפוז. או, לדוגמה, ההחלטה להשקיע יותר בהזדמנויות לממש את עקרונות ההוספיס יכולה להשפיע על מידת הדגש על מתן יותר טיפולים בסוף החיים. זאת, לעומת הדגש על קידום הבריאות וניהול המחלות הכרוניות בשלבים מוקדמים יותר. לפיכך, ההשקעה בקידום בריאות יכולה לשנות את ההשלכות על היקף התחלואה והמוגבלות של האוכלוסייה המזדקנת.

כמובן שגם שינויים במערכות החברתיות האחרות יכולים להביא לשינויים משמעותיים בהשלכות תהליך ההזדקנות. לדוגמה, עידוד האוכלוסייה להשתתף בשוק העבודה לתקופות ארוכות יותר יכול לשנות מאוד את ההשלכות הכלכליות: גם על ידי מניעת פרישה מוקדמת וגם על ידי המשך עבודה בגילאים מאוחרים יותר. חיזוק המשפחות התומכות יכול למנוע כרסום באפשרות שלהן להמשיך להיות שותפות מרכזיות בתהליך הטיפול.



רבות מההמלצות התייחסו לחיזוק היכולת של הקשישים להישאר בקהילה ולקבל מענים לצרכיהם במסגרת הקהילה. מתוך כך, היתה התייחסות רבה לבחינת האפשרויות לחזק את המשפחות, שממלאות תפקיד מרכזי מאד בישראל בטיפול בקשיש בקהילה. ליכולות ולנכונות של המשפחה יש קשר ישיר לעובדה שבישראל שיעורי האשפוז לטווח ארוך ושיעורי האשפוז הכללי הם נמוכים מאד. מצד שני, עובדות אלו מעצימות את האתגר שעומד בפני המשפחות.

הכנס הקדיש תשומת לב רבה לרצף הטיפול בכל קבוצות הקשישים - הבריאים, הבריאים פחות ואלו שכבר סיעודיים. הדבר התבטא גם בהשתתפות של נציגי ממשלה ממשרדים אחרים בכנס - משרד הרווחה והמשרד לאזרחים ותיקים, וגם בקריאה לחזק את השותפות בתוך מערכת הבריאות מתוך אמונה שהקשישים ומשפחותיהם יוכלו להרוויח רבות מכך.

בחשיבה על עיצוב אחר של העתיד חשוב גם להתייחס להבדל בין שתי התקופות שאנו מתייחסים אליהם. כאמור, בין 2010-2020 עיקר הגידול הוא של הקשישים הצעירים. קבוצה זו מביאה לגידול מאוד מהיר בעשור שלאחר מכן בקבוצת הקשישים המבוגרים. לכן, חשוב לתכנן איך אנו משקיעים בקבוצה הזו כדי שיגיעו לשלב הבא בחייהם כשהם יותר בריאים ויותר עצמאיים, ומבוססים יותר מבחינה חברתית וכלכלית. כמו כן, העליה ברמת ההשכלה תתרום לאפשרות המעשית לחזק את הקבוצה הזו.

## 11. בתכנון העשייה יש לזכור את נקודות החוזק

לישראל יש מספר מאפיינים שמחזקים את היכולת שלה להיערך להתמודדות עם המצב. חשוב לשמר את החוזקות האלו על אף תהליך ההזדקנות.

- ◆ שיעורי אשפוז לטווח ארוך ואשפוז אקוטי נמוכים יחסית לעולם והשקעה יחסית גבוהה בקהילה.
- ◆ הסולידריות המשפחתית והזמינות והנכונות של המשפחה.
- ◆ הסולידריות הבין-דורית ברמת החברה - בישראל אין עדיין ביטויים של מתחים בין-דוריים שהתפתחו במספר ארצות מערביות.

## 12. לסיכום, האתגרים המרכזיים שעולים מן ההמלצות הם:

1. להכין תכנית כוללת להרחבת היקף המאמץ וההשקעה בתשתיות פיזיות ובכוח אדם כדי להתמודד עם הגידול המהיר של הקשישים.
2. להתאים את תכניות הפיתוח של מערכת הבריאות לשינויים בקצב הגידול של קבוצות הגיל השונות: צעירים מול קשישים, הקשישים הצעירים מול המבוגרים יותר.
3. לייעל את המענים מבחינת איכות ועלות.
4. לחזק את המשפחה כשותפה.
5. לנצל את חלון ההזדמנויות שמאפשר ההבדל בין התקופות ולהיערך לגידול המהיר במיוחד של קשישים מעל גיל 75 בין 2020-2030.
6. לנצל את הגידול המהיר ברמת ההשכלה של הקשישים כדי לכלול אותם, לשתפם ולהעצימם.
7. להשקיע בשינוי הצרכים עצמם בטווח הקצר והבינוני - לא רק להגיב למה שצפוי בעתיד אלא לעצב עתיד אחר.
8. לנצל את הגידול המהיר בקשישים כמנוף לשיפור משמעותי בהתמודדות שלנו.

## 13. התרומה של הכנס

הדיון בכנס התפרס על קשת רחבה ביותר של נושאים. זו הייתה החלטה מודעת של מארגני הכנס ושל חברי הקבוצות שחשוב לראות את הנושא בצורה רחבה ולעמוד על האינטראקציות בין ההיבטים השונים. הרכב הקבוצות גם שיקף את הראייה הרחבה הזו.

יש לראות את התרומה המרכזית של הכנס בהתוויית סדר יום להמשך החשיבה והעמקה בסוגיות המעשיות שיש להתמודד איתן על מנת להיערך לתהליך ההזדקנות. הלקחים, התובנות והמסרים מגדירים אג'נדה לאומית, אך גם מגדירים אג'נדה לכל אחד מהגורמים הפועלים במערכת.

כאמור, בשנים האחרונות ועוד יותר לאחרונה מערכת הבריאות עסקה בניסיון להתמודד עם צרכי הקשיש ותהליך ההזדקנות. הכנס היווה עוד צעד חשוב בהיערכות המערכת. בעקבות הכנס, מינה מנכ"ל משרד הבריאות צוות לפעול ליישום המלצות הכנס.

## רשימת מקורות:

- WHO. 2002. *Active Ageing: A Policy Framework*. Madrid, Spain WHO.
- UN. 2002. *Madrid International Plan of Action on Ageing*
- Lafortune, G.; Balestat, G.; and the Disability Study Group Members. 2007. *Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications*. OECD Health Working Papers
- Colombo, F. et al., (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Bloom, D, E.; Canning, D.; Fink, G. 2008. *Implications of Population Aging for Economic Growth*. Working Paper No. 32.

שטסמן, י. 2011. הועדה לתכנון המערכת הגריאטרית הלאומית ל-2010-2020 ו-2020-2030. דין וחשבון הועדה והמלצותיה. משרד הבריאות, ירושלים.

חורב, ט. קידר, נ. הרשקוביץ, ע. 2011. ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד: מתווה לרפורמה. אגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות, ירושלים.

משרד הבריאות, לעתיד בריא 2020

<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=75>

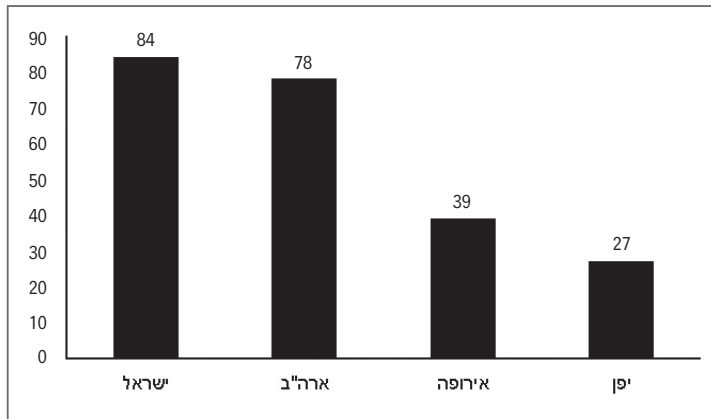
ברודסקי, ג. שנוור, י. באר. ש. 2010. קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2009. "משאב" - מאגר מידע ארצי לתכנון בתחום הזיקנה, המשותף למאייס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ולאשל.

**לוח 1:** שיעור הגידול של האוכלוסייה לפי קבוצות גיל, לשנים 2009-2030

2030-2020	2020-2009	2030-2009	
14%	16%	32%	<b>כלל האוכלוסייה</b>
28%	44%	84%	<b>בני +65</b>
7%	67%	79%	<b>בני 65-74</b>
59%	19%	90%	<b>בני +75</b>
7%	11%	19%	<b>בני 0-19</b>
15%	14%	31%	<b>בני 20-64</b>

**מקור:** עיבוד של מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל לנתוני הלמ"ס, תחזית אוכלוסיית ישראל עד 2030, לוח 16 (חלופה בינונית) וקובץ האוכלוסין 2009

**לוח 2:** שיעור הגידול במספר הקשישים 2010-2030



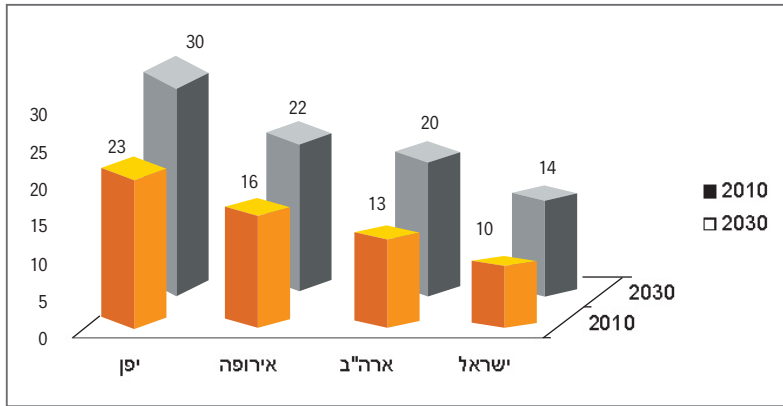
**מקור:** UN, World Population Prospects, 2010 revision

**לוח 3:** אוכלוסיית בני 65+ וכלל האוכלוסייה - שיעור הגידול הכולל ושיעור הגידול השנתי הממוצע בתקופות נבחרות בשנים 2009-2030

אחוזים, סוף שנה					
2030-2025	2025-2020	2020-2015	2015-2009	2030-2009	
					<b>בני 65+</b>
<b>12</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>84</b>	<b>סה"כ גידול בתקופה</b>
<b>2.2</b>	<b>2.7</b>	<b>3.5</b>	<b>3.3</b>	<b>3.0</b>	<b>גידול שנתי ממוצע</b>
					<b>כלל האוכלוסייה</b>
<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>32</b>	<b>סה"כ גידול בתקופה</b>
<b>1.3</b>	<b>1.3</b>	<b>1.4</b>	<b>1.3</b>	<b>1.3</b>	<b>גידול שנתי ממוצע</b>
<b>נתונים על בני 65+ (סה"כ גידול בתקופה)</b>					
					<b>מין</b>
12	15	20	23	<b>89</b>	גברים
12	14	18	20	<b>80</b>	נשים
					<b>גיל</b>
2	5	27	31	<b>79</b>	בני 65-74
23	29	8	11	<b>80</b>	בני 75+
<i>36</i>	<i>8</i>	<i>14</i>	<i>9</i>	<b>83</b>	<i>מזה: בני 80+</i>
					<b>קבוצת אוכלוסייה</b>
9	13	18	21	<b>76</b>	יהודים ואחרים <sup>1</sup>
34	32	30	21	<b>176</b>	ערבים

<sup>1</sup> כולל: יהודים, נוצרים שאינם ערבים ואוכלוסייה ללא סיווג דת  
**מקור:** למ"ס, קובץ האוכלוסייה של 2009; תחזיות אוכלוסיית ישראל עד שנת 2030,  
 הודעה לעיתונות מס' 056/2008 (באינטרנט)

**לוח 4:** אחוז בני 65+ באוכלוסייה, 2010 ו-2030



**מקור:** UN, World Population Prospects, 2010 revision

**לוח 5: אוכלוסיית בני 65+ וכלל האוכלוסייה - בשנת 2030**  
 ותחזית<sup>1</sup> לשנים 2015-2030

אלפים, סוף שנה					
2030	2025	2020	2015	2009	
<b>1,366.6</b>	<b>1,224.0</b>	<b>1,069.1</b>	<b>900.5</b>	<b>741.5</b>	<b>בני 65+</b>
9,984.6	9,367.6	8,770.0	8,174.5	7,552.0	כלל האוכלוסייה
<b>13.7</b>	<b>13.1</b>	<b>12.2</b>	<b>11.0</b>	<b>9.8</b>	<b>אחוז בני 65+ באוכלוסייה</b>
					<b>הרכב האוכלוסייה בני 65+</b>
					<b>מין</b>
607.2	543.3	473.6	395.7	320.6	גברים
759.3	680.7	595.5	504.8	420.9	נשים
55.6	55.6	55.7	56.1	56.8	אחוז הנשים
					<b>גיל</b>
694.2	678.5	646.5	508.0	387.4	בני 65-74
672.4	545.5	422.6	392.5	354.1	בני 75+
<i>380.7</i>	<i>279.0</i>	<i>258.5</i>	<i>226.1</i>	<i>207.9</i>	<i>מזה: בני 80+</i>
49.2	44.6	39.5	43.6	47.8	אחוז בני 75+
27.9	22.8	24.2	25.1	28.0	אחוז בני 80+
					<b>קבוצת אוכלוסייה</b>
1,202.1	1,100.9	957.6	828.4	682.0	יהודים ואחרים <sup>2</sup>
164.5	123.1	93.5	72.1	59.6	ערבים
12.0	10.1	8.7	8.0	8.0	אחוז הערבים

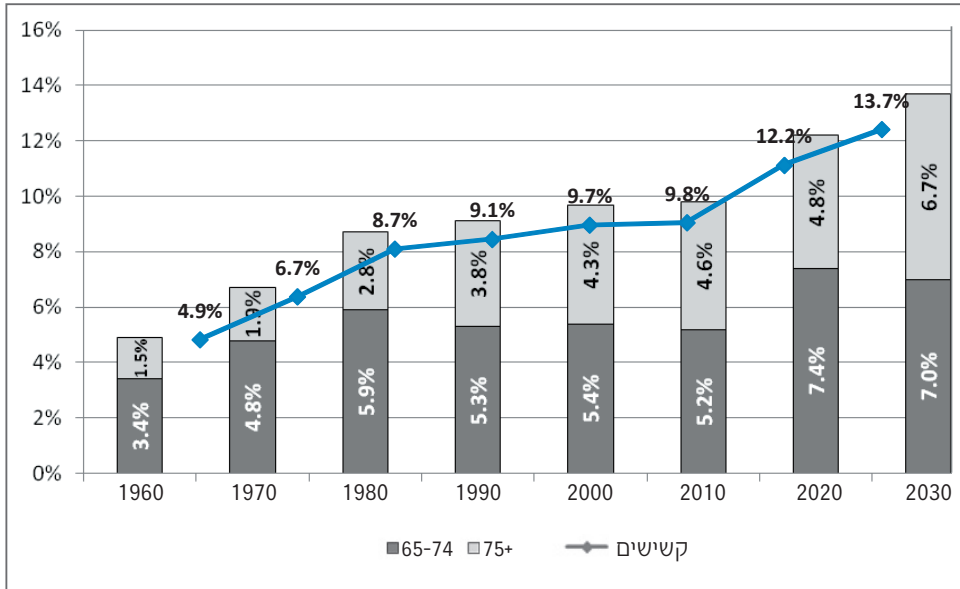
<sup>1</sup> החלופה הבינונית

<sup>2</sup> כולל: יהודים, נוצרים שאינם ערבים ואוכלוסייה ללא סיווג דת

**מקור:** למ"ס, קובץ האוכלוסייה של 2009; תחזיות אוכלוסיית ישראל עד שנת 2030, הודעה לעיתונות מס' 056/2008 (באינטרנט)

**מתוך:** דוח הועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי 2010-2030, 2011. לוח 1

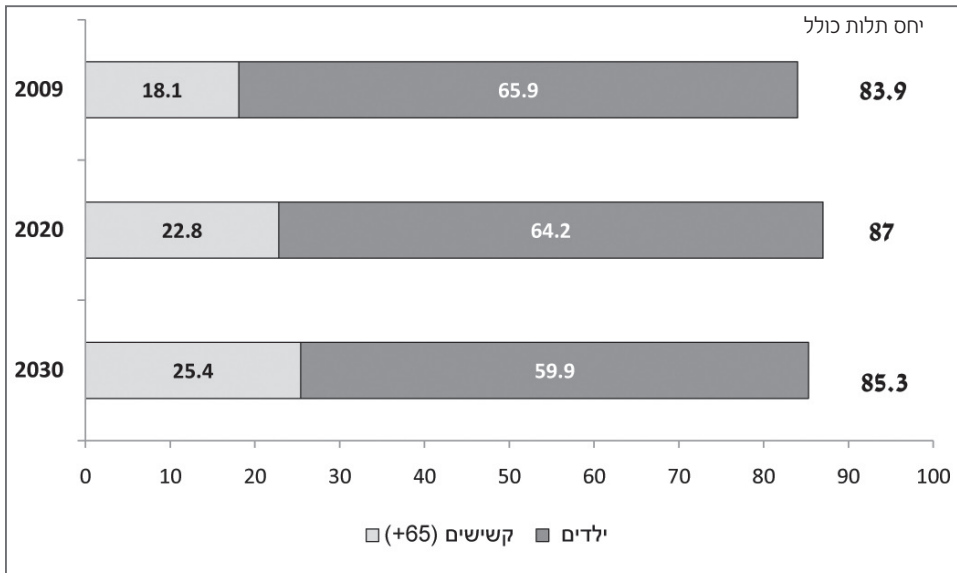
**לוח 6:** שיעור הקשישים מתוך כלל האוכלוסייה, סה"כ ולפי קבוצות גיל, מגמות ותחזית ל- 2030-1960



**מקור:** עיבודים לנתוני הלמ"ס, מתוך מצגת של חורב טוביה ואחרים, משרד הבריאות, יוני 2011



**לוח 7:** יחס תלות ילדים (0-19), יחס תלות קשישים (+65) ויחס תלות כולל\* (ילדים וקשישים), בשנת 2009 ותחזית ל-2020-2030



$$100x \frac{(65+)+(0-19)}{20-64} = \text{יחס תלות כולל} *$$

**מקור:** מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל

**לוח 8:** תוחלת החיים בלידה, בגיל 65 ובגיל 80 בשנת 2009 והגידול בשנים בין 1999-2009

שנה	2009	גידול בשנים בין 2009-1999
<b>בלידה</b>		
גברים	79.7	3.1
נשים	83.5	3.1
<b>בגיל 65</b>		
גברים	18.4	2.0
נשים	20.5	2.0
<b>בגיל 80</b>		
גברים	8.7	1.2
נשים	9.4	1.3

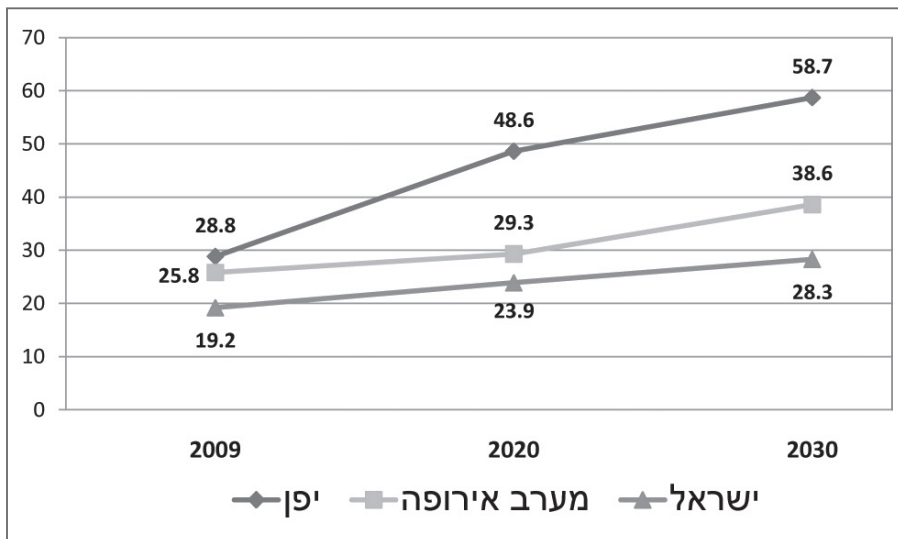
**מקור:** עיבוד לנתוני הלמ"ס, מתוך: קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי 2010, משאב (מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ואשל)

**לוח 9:** תוחלת החיים בלידה לפי קבוצות אוכלוסייה ומין, 2010-2006 ותחזית הלמ"ס לשינוי עד 2026-2030

שנה	2010-2006	2030-2026	גידול בשנים 2010-2006 לבין 2030-2026
<b>יהודים ואחרים</b>			
גברים	79	82.7	3.7
נשים	83	87	4.0
<b>מוסלמים (לא כולל מחוז דרום) ודרוזים</b>			
גברים	75.8	79.8	4.0
נשים	79.5	83.5	4.0
<b>מוסלמים ממחוז דרום</b>			
גברים	72.4	76.4	4.0
נשים	76	81	5.0
<b>נוצרים ערבים</b>			
גברים	77.6	81.6	4.0
נשים	81.6	85.6	4.0

**מקור:** הלמ"ס, תחזית אוכלוסיית ישראל עד 2030, 2011, לוח 10

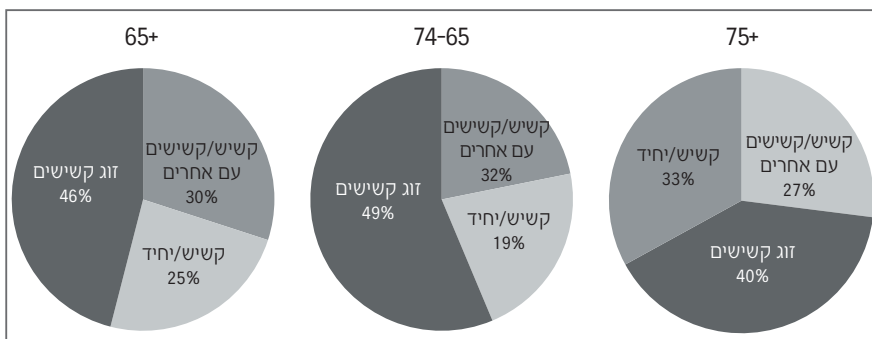
**לוח 10: יחס תמיכה בהורים\***, תחזית ל- 2009-2030



\* יחס תמיכה בהורים =  $100 \times \frac{80+}{50-64}$  בני

**מקור:** מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, על בסיס UN, World Population Prospects revision

**לוח 11: בני 65+ וקבוצות גיל נבחרות**, לפי סוג משק בית, 2009



\* אחרים כולל: ילדים, נכדים, אחים, קרובי משפחה אחרים ואנשים שאינם קרובי משפחה  
**מקור:** קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי 2010, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ואשל

**לוח 12:** היקף ושיעור בעלי מוגבלות תפקודית בפעולות היומיומיות (ADL)\* בקרב

כלל הקשישים ולפי קבוצות גיל ומגדר, בשנת 2009 ותחזית ל- 2020-2030\*\*

אחוז הגידול			אחוז***			
2020-2030	2009-2020	2009-2030	2030	2020	2009	
28	44	84				כלל הקשישים בארץ
						<b>בני 65+ עם מוגבלות תפקודית</b>
47	33	95	342.4	233.2	175.8	אלפים
			25.1	21.8	23.7	אחוז מתוך האוכלוסייה הקשישה
						<b>אחוז בעלי מוגבלות תפקודית</b>
			26	31	25	בגילאי 65-74
			74	69	75	בגילאי 75+
						<b>מין</b>
			33.2	32.3	31.4	אחוז גברים
			66.8	67.7	68.6	אחוז נשים

\* הנתונים לא כוללים התייחסות לאוכלוסייה עם מוגבלות בניהול משק הבית (IADL)

\*\* מתבסס על שינויים במבנה האוכלוסייה לפי גיל, מגדר וקבוצת אוכלוסייה (יהודים ואחרים, ערבים וכו')

\*\*\* אלא אם צוין אחרת

**מקור:** עיבודים מתוך סקר שימוש בשירותי בריאות, למ"ס 2009. משאב - מאגר

מידע ארצי לתכנון בתחום הזקנה (מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ואשל)

**לוח 13:** שיעור המיסוד באשפוז ממושך\* של הקשישים בעלי מוגבלות תפקודית בפעולות היומיומיות (ADL)\*\* בשנת 2009 ותחזית ל- 2020-2030

2030	2020	2009	מסגרת המגורים של בעלי מוגבלות תפקודית
87.5	87.2	86.7	אחוז בקהילה
12.5	12.8	13.3	אחוז במוסדות לטיפול ממושך
3.1	2.8	3.1	אחוז במוסדות לטיפול ממושך מתוך כלל האוכלוסייה הקשישה

\* כולל: תשושים, סיעודיים, תשושי נפש

\*\* הנתונים לא כוללים התייחסות לאוכלוסייה עם מוגבלות בניהול משק הבית (IADL)

**מקור:** עיבודים מתוך סקר שימוש בשירותי בריאות, למ"ס 2009. משאב - מאגר מידע ארצי לתכנון בתחום הזקנה (מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ואשל)

**מתוך:** דוח הועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי 2010-2030, 2011, לוח 5

**לוח 14:** שיעור הגידול במספר אינדיקטורים של צרכים 2009-2030

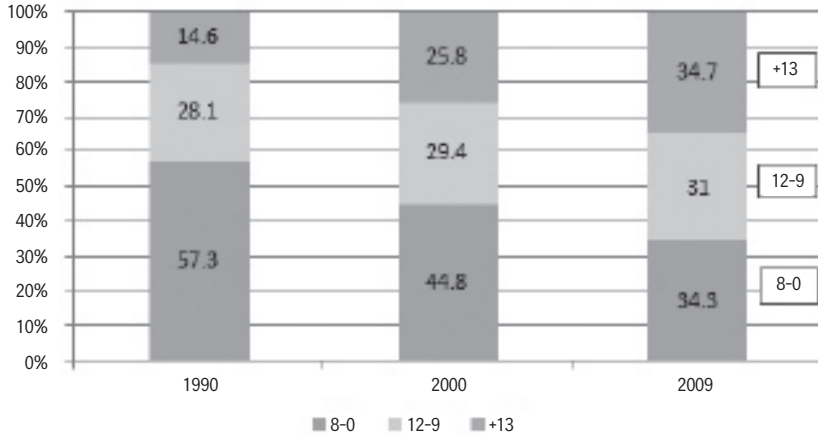
2020-2030	2009-2020	2009-2030	
28	44	84	קשישים
47	33	95	מוגבלים
44	27	84	זכאי חוק סיעוד
41	33	87	גריאטריה פעילה <sup>1</sup>
52	25	90	אשפוז ממושך <sup>2</sup>
36	37	86	ימי אשפוז כללי

<sup>1</sup> כולל: גריאטריה שיקומית, גריאטריה תת-חריפה, סיעודי מורכב והנשמה ממושכת

<sup>2</sup> כולל: תשושים, סיעודיים, תשושי נפש

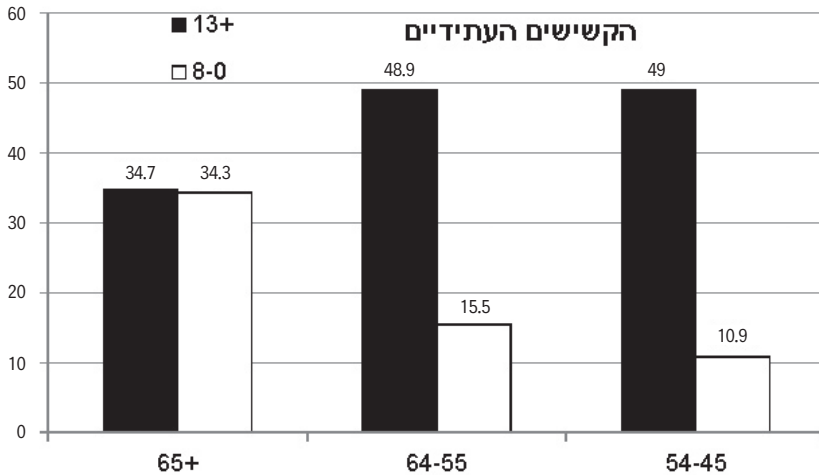
**מקור:** עיבוד של מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל עבור הועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי

**לוח 15:** עליה מהירה במספר שנות הלימוד של בני 65+, 1990-2009 (באחוזים)



**מקור:** קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי, מאיירס-ג'וניט-מכון ברוקדייל ואשל

**לוח 16:** שנות הלימוד של בני 64-45, ב-2009 מצביעה על המשך הגידול המהיר ברמת ההשכלה



**מקור:** למ"ס, שנתון סטטיסטי 2010

## צוות 1 ארגון מערכת הבריאות לטיפול בקשיש

### 1. רקע

מפני שיבה תקום והדרת פני זקן  
(ויקרא י"ט פסוק ל"ב)

מדינת ישראל, כמו מדינות רבות אחרות, צריכה להתמודד עם ההשלכות הנובעות משינויים דמוגרפיים המתבטאים הן בגודלה והן בהרכבה של האוכלוסייה. אחד השינויים הדרמטיים ביותר בחמישים שנות קיומה של המדינה הוא השינוי במבנה הגילי של החברה עם דגש על הזדקנותה של האוכלוסייה.

בסוף שנת 2009 מנתה האוכלוסייה בישראל 7.5 מיליון נפש. הזקנים (בני 65+) מנו באותה עת 742 אלף נפש והיוו 10% מהאוכלוסייה. באחד מתוך כל 4 משקי בית בארץ חי אדם שגילו 65 ומעלה. לפי תחזיות הלמ"ס, המבוססות על אומדני האוכלוסייה בסוף שנת 2005, צפוי שעד סוף שנת 2030 יגיע מספר הקשישים ל-1,367 אלף (1.367 מליון) נפש והם יהיו 13.7% מכלל האוכלוסייה באותה עת.

פירוש הדבר שבתקופה 2009-2030 צפוי גידול של 84% במספר הקשישים; זאת אומרת גידול שנתי ממוצע של 3.0%. לשם השוואה, יצוין שהגידול המקביל בקרב כלל האוכלוסייה (כל הגילאים) יעמוד על 32% בלבד בכל התקופה, כאשר אחוז הגידול השנתי הממוצע יהיה 1.3%. תהליך זה מתרחש בישראל ביתר שאת בזכות העלייה לארץ של מאות אלפי אנשים על סף גיל 65 או מעבר לו.

השינוי בחלקם ההולך וגדל של הזקנים באוכלוסייה, משקף בין היתר את השינוי שחל בתוחלת החיים באוכלוסייה. מדד זה נמצא בעלייה מתמדת ובשנים האחרונות משקף בעיקר את השינויים בבריאות האוכלוסייה ואת היכולת של הרפואה המודרנית והטכנולוגיה המתפתחת להאריך חיים. אם בראשית המאה העשרים השינויים בתוחלת החיים נגרמו בעיקר בגלל שיפורים שהשפיעו על מניעת תמותה בגיל צעיר (תמותת תינוקות, ילדים ואמהות) הרי שכיום השינויים בתוחלת החיים נובעים ברובם מהתמודדות עם מחלות קשות הרלבנטיות בעיקר לגיל המבוגר.

בשנת 2009 תוחלת החיים בישראל היתה 79.7 שנים לגברים ו-83.5 שנים לנשים. נשים שכבר הגיעו לגיל 65 צפויות לחיות עוד 20.5 שנים בממוצע ואילו גברים שהגיעו לגיל 65 צפויים לחיות עוד 18.4 שנים בממוצע.

אין ספק כי הטיפול בקשישים וההתמודדות עם מחלות כרוניות, מוגבלות, מניעה והחלטות בסוף החיים הם אתגרים מרכזיים של מערכות הבריאות והרווחה. אלו נושאים מורכבים המשלבים טיפול רפואי באיכות גבוהה, ארגון מיטבי של השירותים ובעיות אתיות.

אתגרים אלו ניצבים בפני הרפואה והחברה בעידן של שינוי דמוגרפי מתמשך שהכפיל במאה השנים האחרונות את תוחלת החיים והביא לעליה ללא תקדים הן בשיעור הקשישים והן במספרם המוחלט באוכלוסייה.

לאחר דיון מקיף במגוון היבטים של ארגון השירותים לזקנים, קבוצת העבודה הגדירה נושאים מרכזיים להתייחסות. ראשית, הקבוצה לקחה על עצמה לפרוס את החזון והציעה יעדים רחבים להתמודדות עם תהליך ההזדקנות בעתיד. חברי הקבוצה הגדירו 5 נושאים לדיון והכינו מסמכי רקע לכל אחד מהנושאים בהסתמך על שורה של דוחות של ועדות קודמות ופרסומים עדכניים. בסוף ההצגה של כל נושא מוצגות ההמלצות שעלו בדיונים במסגרת כנס יום-המלח.

### נושאים:

- א. הטיפול בקשישים: חזון של מדינת ישראל ושל מערכת הבריאות
- ב. תפיסת ההזדקנות הפעילה וקידום בריאות
- ג. מערכת תומכת בקשיש ובבני משפחתו
- ד. התמודדות עם מחלת הדמנציה (שיטיון)
- ה. רצף שירותים לקשישים
- ו. מדדי איכות לזקנים

### שותפים נוספים בהכנת מסמכים ובדיונים:

פרופ' נטע בנטור, מאירס, ג'וינט מכון ברוקדייל, ד"ר ענת פלס בורץ, שירותי בריאות כללית, פרופ' ג'ק חביב, מאירס, ג'וינט מכון ברוקדייל. הקבוצה רוצה להודות לגב' סיגל נעים, מרכזת המרכז לחקר ולימוד הזיקנה באוניברסיטת חיפה על עזרתה בהכנת חומר על הזדקנות פעילה, ולג'ניפר שולדינר מצוות זיקנה, מאירס ג'וינט מכון ברוקדייל על הסיוע בסיכום הספרות בנושא הדמנציה.



## 2. דיון לפי נושאים

### א. הטיפול בקשישים: חזון של מדינת ישראל ושל מערכת הבריאות

לאור התפתחות מדיניות הבריאות בארץ ובעולם בעשור האחרון בתחום הטיפול בקשישים, נוסח החזון המוצע לגבי ההתייחסות של החברה לתהליך ההזדקנות ולקשישים.

#### בעולם:

בשנת 1995, כאשר שינה ארגון הבריאות העולמי (WHO) את שמה של "התכנית לבריאות הקשיש" ל"זיקנה ובריאות", הוא סימן שינוי חשוב בגישה, כאשר במקום למדר את הקשישים, אימץ השם החדש את פרספקטיבת 'מהלך החיים': כולנו מזדקנים והדרך הטובה ביותר להבטיח בריאות טובה לקבוצות עתידיות של קשישים היא למנוע מחלות ולקדם בריאות לאורך מהלך החיים. בהתאם לכך, את בריאותם של אלה המוגדרים כעת כקשישים ניתן להבין באופן מלא רק אם יובאו בחשבון אירועי החיים שהם עברו.

מטרת התכנית 'זיקנה ובריאות' שאומצה ע"י ה-WHO, הייתה לפתח קווי מדיניות המבטיחים "השגת איכות החיים הטובה ביותר ככל האפשר לזמן הרב ביותר ככל האפשר, למספר האנשים הרב ביותר ככל האפשר". לשם כך, נדרש ארגון הבריאות העולמי לקדם את בסיס הידע על גרונטולוגיה ורפואה גריאטרית על ידי מאמצי מחקר והכשרה. נדרש דגש על טיפוח יוזמות בין-תחומיות ובין-מגזריות, בפרט אלה המכוונות כלפי מדינות מתפתחות החוות קצב הזדקנות אוכלוסין מהיר וחסר תקדים מול התגברות העוני ובעיות לא פתורות של תשתיות. בנוסף, הדגישה התכנית את החשיבות של:

- ◆ אימוץ גישות מבוססות-קהילה על ידי שימת דגש על הקהילה כרקע מרכזי להתערבויות
- ◆ כבוד להקשרים תרבותיים ולהשפעות תרבותיות
- ◆ הכרה בחשיבות ההבדלים בין המינים
- ◆ חיזוק הקשרים הבין-דוריים
- ◆ כבוד והבנה לנושאים אתניים לקשורים לבריאות ולרווחה בגילאי זיקנה

'שנת הקשיש הבינלאומית' (1999) הייתה ציון דרך בהתפתחות פועלו של ארגון הבריאות העולמי בתחום ההזדקנות והבריאות. באותה שנה, היה המוטיב של יום הבריאות העולמי "הזדקנות פעילה עושה את ההבדל" ו"התנועה הגלובלית להזדקנות פעילה" הושקה על ידי מנכ"ל ארגון הבריאות העולמי, ד"ר גרו הארלם ברונדטלנד. באותה הזדמנות, הצהיר ד"ר ברונדטלנד: שמירה על בריאות ואיכות חיים על פני תוחלת החיים תעשה הרבה לקראת בניית חיים של הגשמה, קהילה בין-דורית הרמונית וכלכלה דינמית. ארגון הבריאות העולמי מחויב לקידום הזדקנות פעילה כמרכיב הכרחי בכל תכניות הפיתוח.

בשנת 2000, שוב שונה שמה של התכנית של ארגון הבריאות העולמי ל"זיקנה ומהלך החיים" על מנת לשקף את החשיבות של פרספקטיבת מהלך החיים.

### **בארץ:**

מדיניות משרד הבריאות בעשור האחרון נתנה דגש לכיוונים הקיימים בעולם עם נטייה ברורה לעודד תכניות ופעילויות של קידום בריאות ומניעה, את השירותים הקהילתיים והשיקומיים ואת הישארותו של הקשיש בביתו עד כמה שניתן.

## **2. חזון**

להלן החזון שמוצע למדינת ישראל ולמערכת הבריאות בטיפול בקשישים לקראת כנס ים-המלח ה-12:

- 2.1 מדינת ישראל ומערכת הבריאות יתייחסו לציבור הקשישים באופן חיובי ומכבד עם הקצאת המשאבים הנדרשים.
- ◆ ציבור הקשישים יחשב כמשאב חיובי בעל תרומה חיונית לחברה בהיבטים מגוונים (חברתי, משפחתי, כלכלי, תרבותי וכו').
  - ◆ הגישה לקשיש תהיה מבוססת על ההכרה בזכויות האדם של הזקנים ועקרונות העצמאות, האוטונומיה, ההשתתפות, הכבוד, האכפתיות והגשמה עצמית. ציבור הקשישים יקבל את כל זכויותיו ואת כל המידע שהוא זקוק למיצויים.
  - ◆ עקרון השוויוניות ישמר לכל אזרח במדינת ישראל, (צעיר כמבוגר) עד סוף חייו.

2.2 הקשישים בישראל יגיעו לזיקנה בריאים יותר ועצמאים יותר ואילו יישמרו באופן מרבי במהלך תקופת הזיקנה. הרפואה המודרנית מוכיחה את יעילות הצעדים הרבים והמגוונים המאפשרים להפחית תחלואה, ובמקביל להפחית גם ירידה בתפקוד ותמותה מוקדמת אצל הקשישים. צעדים אלה נכונים גם לפני הופעת המחלות וגם לאחר אבחנתן.

2.3 הקשישים ימשיכו להתגורר בקהילה ויקבלו שירותים בריאותיים, חברתיים ותמיכתיים, זמינים ונגישים להם ולמטפלים שלהם, ובפרט למטפלים הלא פורמאליים. כעקרון, מיקום הטיפול של הקשישים חייב להיות במסגרת המאפשרת לו טיפול מקצועי, והמותאמת למצבו תוך שמירה על אוטונומיה מרבית. מדינת ישראל מאמצת את התפיסה המקובלת היום בעולם כי המקום האופטימאלי לאוכלוסייה הקשישה היא בסביבתם הטבעית בקהילה ובביתם. יש לשקול טיפול מוסדי כשאין ברירה ואין כל אפשרות חלופית סבירה המתאימה למצב הקשיש. לפיכך, ראוי שהמדינה תתחייב לפתח את התשתית הנדרשת בקהילה ולתת את התמיכה המכסימלית בקהילה לקשישים ומשפחותיהם, לרבות שירותי בריאות, רווחה, דיור, בטיחות לוגיסטי וכיו"ב. שירותים אלו יינתנו לקשישים ומשפחותיהם תוך אינטגרציה מרבית ובמינומם מחסומים.

2.4 הקשישים יקבלו שירותים רפואיים איכותיים עם דגש על שמירה וחזרה לעצמאות תפקודית וסיום מכבד של החיים. יש להבטיח שכל קשיש יטופל במסגרת המתאימה למצבו הרפואי, תפקודי, קוגניטיבי וחברתי (עם שימת דגש על המסגרות המספקות טיפולים שיקומיים ופליאטיביים).

### 3. יעדים

קביעת יעדי הבריאות של מדינת ישראל: למערכת הבריאות לטיפול בקשישים - מתבססת על ההחלטות של ועידת מדריד של ה-אום 2002, והחלטות אלו מהוות את הבסיס לקביעת היעדים לקראת הכנס.

3.1 יישום ההמלצות לקידום בריאות ומניעת מחלות, לפי המקובל בספרות המדעית הבינלאומית.

במטרה להגיע להזדקנות בריאה ופעילה יש צורך בתכנית לאומית של קידום בריאות ומניעה לאוכלוסיית בני 65 ומעלה. לצורך זה ניתן להתבסס על כמה

מקורות:

- ◆ על העבודה של היוזמה לעתיד בריא 2020 של משרד הבריאות, אשר עסקה בין היתר בנושא קידום בריאות הקשיש.
- ◆ על המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא קידום בריאות ורפואה מונעת, בעריכת פרופ' חווה טבנקין מטעם איגוד רופאי המשפחה. ההמלצות מהוות הנחיות קליניות המתפרסמות מטעם ההסתדרות הרפואית בישראל, מפורטות על פי שכבות גיל, לרבות לגילאי 65 ומעלה, ומתעדכנות מעת לעת. הנחיות אלה פורסמו לראשונה ב-2004, עודכנו ב-2008 (הגרסה הנמצאת כיום באתר הר"י<sup>1</sup>). בימים אלה מתבצע עדכון לשנת 2012, בהובלת פרופ' טבנקין. ההנחיות העדכניות לגיל 65 ומעלה מבוססות על ההמלצות העדכניות של יוזמת 2020 העומדות להתפרסם בעריכת ד"ר אלי רוזנברג וד"ר איריס רסולי כך ששתי היוזמות מתואמות.

3.2 שיפור הטיפול הניתן לקשישים ברפואה ראשונית שניונית ושלישונית (כולל בטיפול בית, אשפוז בבתי חולים כלליים, מחלקות לגריאטריה פעילה, מחלקות תת-אקוטית, גריאטריה שיקומית, סיעוד מורכב, והנשמה ממושכת, ובבתי חולים גריאטריים סיעודיים לטיפול ממושך). ברפואה ראשונית מעבר להתייחסות לכל מבוטח, על מערכת הבריאות ליזום תכניות ופעולות לאיתור הקשישים שבקבוצות סיכון בריאותי, לטפל ולהפנותם להמשך בירור וטיפול לפי הצורך. ברפואה השניונית יש לפתח מסגרות טיפול ייעודיות לקשישים כגון: רופאים יועצים גריאטריים, ויחידות להערכה גריאטרית כוללת. במסגרת האשפוז, לפתח מיטות גריאטריות בהתאם לצורך:

א. מחלקות בבתי חולים גריאטריים, שיקומית, תת אקוטית, סיעודית מורכבת, הנשמה ממושכת, סיעודית ותשושי נפש.

ב. מחלקות בבתי חולים כלליים, גריאטריות חריפות, וייעוץ גריאטרי.

1 ההנחיות משנת 2008 מתפרסמות באינטרנט באתר ההסתדרות הרפואית בישראל, בקישורית:

[http://www.ima.org.il/Ima/FormStorage/Type1/clinical\\_09\\_preventive.pdf](http://www.ima.org.il/Ima/FormStorage/Type1/clinical_09_preventive.pdf)  
 ההנחיות לגיל 65 ומעלה בעמודים 36-42, מבוסס על המלצות ד"ר אלי רוזנברג וד"ר איריס רסולי מטעם המועצה הלאומית לגריאטריה.

### 3.3 פיתוח שירותים קהילתיים - רפואיים וחברתיים.

יש לבחון את הצרכים והעדיפויות בהרחבת השירותים התומכים בקהילה לרבות טיפול בית, עזרה סיעודית ואישית, אשפוז בית, ייעוץ גריאטרי, יחידות להערכה גריאטרית, שיקום יום, שכונות תומכות, מרכזי יום לקשיש וכו'. הכוונה לחיזוק מסגרות קיימות ופיתוח מסגרות חדשות הן לאוכלוסייה הקשישה והן לאוכלוסייה ה"טרום קשישה" כדי להבטיח שתוספת השנים לתוחלת החיים יהיו שנות בריאות ועם מינימום מוגבלות. יצוין כי לגבי חלק מהשירותים יש צורך להמשיך ולבחון את תרומתם לשיפור בריאותם של הקשישים. כן יש לעודד חינוך רפואת המשפחה בקהילה ומתן תמיכה והכשרה של גריאטריים.

3.4 שיפור רצף השירותים לקשישים בשתי רמות: רצף הטיפול בקרב כל נותני השירותים ברמת הקשיש, ודאגה לרצף בין הארגונים השונים העוסקים בטיפול בקשיש ומממנים אותו. חשוב במיוחד לדאוג לרצף בין הקהילה לבתי החולים ובתוך הקהילה ובין כל הגורמים המעורבים בטיפול באוכלוסיית הקשישים (קופות החולים, משרד הבריאות, הרווחה, משרד לאזרחים וותיקים, ביטוח לאומי וגופים לא ממשלתיים), וליזום שיתופי פעולה "כדי להקטין את הברירקורטיה ולהקל על האדם הקשיש ומשפחתו את המעבר בין גורם מממן אחד לגורם מממן שני.

ברצף של הטיפול במהלך החיים חשוב להתחשב בדעותיהם ובהעדפותיהם של הקשישים ובני משפחותיהם, ולמקד מחדש את המערכות הנוכחיות, המאורגנות סביב טיפול בחולים במצב חמור, כך שהן תספקנה רצף טיפולי הכולל קידום בריאות, מניעת מחלות וטיפול מתאים במחלות כרוניות תמיכה קהילתית וטיפול מכובד ארוך-טווח.

אחד המהלכים החשובים ביותר לרצף טיפולי הוא העברת מידע בין הגופים והמסגרות הטיפוליות השונות וקיום מאגרי מידע התומכים בעבודה המשותפת תוך שמירה על כללי סודיות, חיסיון והבטחת מידע. על כן, יש צורך בפתוח מרבי של טכנולוגיות המחשוב ואמצעי התקשורת החדשות לניטור, פיקוח, מעקב, טיפול, תקשורת והעצמת הקשישים והמטפלים שלהם. משרד הבריאות יוזם בימים אלה "רפורמה בסיעוד" שנידונה בקבוצה השלישית.

3.5 חיזוק ההוראה בגריאטריה ובגרונטולוגיה בכל מסגרות הלימוד ולכל מקצועות הבריאות והן את ההכשרה השוטפת תוך שירותי רפואה, סיעוד, תזונה, רפוי בעיסוק פיזיותרפיה ועבודה סוציאלית.

ברפואה ובשאר המקצועות הידע בתחום אינו מספיק כדי לתת טיפול מרבי לאוכלוסיית הקשישים. לכן, על מערכת הבריאות להקצות משאבי הוראה בכל המקצועות ובכל המסגרות בקהילה, בבתי חולים ובמוסדות.

3.6 לחזק את הידע בקרב כל אנשי השירותים שעוסקים בטיפול בקשישים בנוגע לתהליך ההזדקנות ולדרכים לקדם זיקנה פעילה בקרב פרטים, קהילות וקבוצות אוכלוסייה. יש לעודד את החינוך לבריאות לכלל האוכלוסייה. רצוי להתחיל בו בשלב מוקדם ככל האפשר. לעודד ולהכשיר אנשי מקצוע מתחום הבריאות ושירותי הרווחה על מנת לתמוך בטיפול-עצמי וההדרכה בנוגע לסגנון חיים בריא ככל שהם מזדקנים. להעלות את המודעות ואת הרגישות של כל אנשי הרפואה והעובדים הקהילתיים לחשיבות של רשתות חברתיות לרווחת הקשישים. בין היתר להכשיר עובדים העוסקים בתחום של קידום בריאות לזהות קשישים המצויים בסיכון לבדידות ולבידוד חברתי.

3.7 חיזוק המחקר בתחום הגריאטריה והגרונטולוגיה.

3.8 התייחסות לסוגיות אתיות בתחום הזיקנה.

להבטיח שההחלטות שמתקבלות בנוגע לטיפול בקשישים מבוססות על זכויותיהם של הקשישים ומונחות על פי החלטות מדריך 2002 לעניין קשישים: לתמוך בזכות הקשיש ולשמור על עצמאות ועל אוטונומיה לפרק הזמן הארוך ביותר ככל האפשר.

3.9 קידום המעמד החברתי והכלכלי של הקשישים.

להכיר ולתמוך בתרומה החשובה של הקשישים למשפחות ולקהילה על ידי קידום ההשתתפות בכלכלה הרשמית והבלתי רשמית. לאפשר השתתפות מלאה של הקשישים בחיים הפוליטיים ובתהליכי קבלת החלטות. לספק הזדמנויות של חינוך ולמידה הנמשכת לאורך כל החיים לגברים ונשים מזדקנים.

## רשימת מקורות:

United Nations Second World Assembly on Ageing 2002. Madrid International Plan of Action on Ageing

WHO. 2002. Active Ageing: A Policy Framework.

WHO. 2001. Health and Ageing: A Discussion Paper

טבנקין, ח. (עורכת), 2008. המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא: קידום בריאות ורפואה מונעת. פרק 65+, מבוסס על המלצות ד"ר אלי רוזנברג וד"ר איריס רסולי מטעם המועצה הלאומית לגריאטריה

[http://www.ima.org.il/Ima/FormStorage/Type1/clinical\\_09\\_preventive.pdf](http://www.ima.org.il/Ima/FormStorage/Type1/clinical_09_preventive.pdf)

משרד הבריאות, לעתיד בריא 2020

<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=75>

## ב. תפיסת ההזדקנות הפעילה וקידום בריאות

האיחוד האירופי הכריז על שנת 2012 כשנת ההזדקנות הפעילה (Active Aging) במטרה לקדם סולידיאריות בין דורית ולכידות חברתית ([www.activeageing.org](http://www.activeageing.org)). יתרה מכך, האיחוד המליץ שספינת הדגל של מדיניות האיחוד האירופי לשנת 2020 תכלול יוזמה בנוגע להזדקנות פעילה במטרה לפתח חוזה בין-דורי יציב המבוסס על סולידיאריות איתנה יותר בין הדורות ([www.age-platform.eu](http://www.age-platform.eu)). הם גם החלו בפיילוט של שותפות אירופית לקדם הזדקנות פעילה ובריאה. בפיתוח מעורבות בעלי עניין ברמה המקומית והאזורית, התעשייה והמגזר השלישי.

הזדקנות פעילה (הנתפסת גם כהזדקנות מוצלחת) היא מושג בעל מספר משמעויות. (Biggs and Lowenstein (2011) בספרם על "אינטליגנציה דורית" מציגים ודנים בשלוש פרשנויות למושג שהינם בעלי רלוונטיות ייחודית לסולידיאריות חברתית ועם השלכות יישומיות.

**1. הפרשנות הראשונה:** הזדקנות פעילה הינה מתן עדיפות למדיניות של עידוד עובדים מזדקנים להישאר זמן ארוך יותר במקום העבודה (Walker, 2002); 2006). הכוונה בין היתר לאנשים בגיל המעבר, אשר בו זמנית עשויים להיתקל במחויבויות הטיפול המשפחתי. מדיניות של הזדקנות פעילה ושוויון הזדמנויות

משמעותה התייחסות לחשיבות של סיוע לעובדים מבוגרים המטפלים בבן משפחה זקן.

**2. הפרשנות השנייה:** הזדקנות פעילה מהווה הזמנה לאוכלוסייה הזיקנה לתרום לחברה וכתוצאה מכך לסולידאריות הבין-דורית, אם במקומות העבודה, כבני משפחה פעילים, כמתנדבים, או בכל תפקיד "יצרני" אחר (Avramov, & Mašková, 2003).

**3. הפרשנות השלישית:** מתייחסת לפעילות של אורח חיים בריא, תוך שהיא מספקת יותר הזדמנויות לזקנים עצמם מחד, ומפחיתה את "נטל הזיקנה" על הדורות הצעירים והחברה בכללותה מאידך (Kruse, 2005).

ההזדמנויות לממש את ההזדקנות הפעילה מושפעות מאוד מהמדיניות, שבאמצעותה ניתן להשפיע על עמדות תרבותיות כלפי הזדקנות האוכלוסייה. תוכניות מדיניות מועלות תוך שהן מביאות לידי ביטוי ומעצבות עמדות חדשות כלפי מהלך החיים של המבוגרים (Sidorenko, & Walker, 2004), מדיניות בנוגע להזדקנות המבוגרים משתנה מדאגה לבעיות חברתיות ספציפיות לעבר תכנון של משמעות גלובאלית יותר "כיצד להזדקן היטב" (Biggs, & Powell, 2001); (Biggs, & Lowenstein, 2011), בניגוד לתפיסה שהזקנים נתפסים לחלוטין בלתי ניתנים לשינוי (Hazan, 2011). התפיסה כיום שהדור הנוכחי בריא יותר ויחסית יצרני יותר מקודמיו הוסיפה נדבך לציפיות מ"שינוי גילאי".

התוכנית לעידוד מדיניות להזדקנות פעילה של ארגון הבריאות העולמי (2002) מגדירה הזדקנות פעילה כהליך של מיצוי ההזדמנויות לבריאות, השתתפות חברתית וביטחון אישי, על מנת להעלות את איכות החיים ככל שהאוכלוסייה מזדקנת. גישת ההזדקנות הפעילה מבוססת על ההכרה בזכויות האדם של הזקנים וההכרה בעקרונות ארגון האומות המאוחדות המדגישים עצמאות, השתתפות, כבוד, יחס של אכפתיות והגשמה עצמית.

### **מסגרת המדיניות לפיכך מצריכה פעולה בשלושה כיוונים בסיסיים:**

**בריאות** - הקטנת גורמי הסיכון (הן הסביבתיים והן ההתנהגותיים) למחלות כרוניות ולירידה בתפקוד וחיזוק הגורמים ההגנתיים, יאפשר לאנשים איכות חיים גבוהה יותר.



הם יישארו בריאים יותר ויהיו מסוגלים יותר לנהל את חייהם בכוחות עצמם ככל שהם מזדקנים. הדבר מחייב גישה ונגישות לכל קשת השירותים הבריאותיים והחברתיים המטפלים בצרכיהם ובזכויותיהם של נשים וגברים לעת זיקנה.

**השתתפות** - כאשר המדיניות בנוגע לתעסוקה, חינוך, בריאות וחברה, תומכת בהשתתפותם המלאה של אנשים בפעילויות סוציו-כלכליות, תרבותיות ורוחניות, הם ימשיכו לתרום יצרנית לחברה, הן בפעילויות בשכר והן בפעילויות ללא שכר, ככל שהם הולכים ומזדקנים. (Hinterlong et al., 1999) טענו כי "החברה פשוט אינה יכולה להרשות לעצמה להמשיך לדלג על הפוטנציאל של האוכלוסייה המזדקנת לשמש כמשאב לשינוי חברתי וצמיחה כלכלית" (1999: 4). כלומר, המשיך המעורבות של אנשים מבוגרים במקום העבודה על מנת לנצל את ההון החברתי שלהם. כמו לספק הזדמנויות חינוך ולמידה הנמשכת לאורך כל החיים, לזהות ולאפשר השתתפות פעילה של אנשים בפעילויות פיתוח כלכליות, בעבודה רשמית ובלתי רשמית ובפעילויות התנדבותיות ככל שהם מזדקנים, בהתאם לצרכים, להעדפות וליכולות האישיות שלהם, ולעודד אנשים להשתתף בצורה מלאה בחיים הקהילתיים והמשפחתיים לעת זיקנה.

**ביטחון** - בטיחות - כאשר המדיניות והתכניות המתייחסות לצרכים ולזכויות הקשורים לביטחון החברתי, הכלכלי והגופני של אנשים לעת זיקנה, מובטחים לקשישים הגנה, כבוד וטיפול במקרה שאינם מסוגלים עוד לתמוך בעצמם ולהגן על עצמם. משפחות וקהילות מקבלות תמיכה במאמציהם לטפל בחבריהם הקשישים.

אם זיקנה אמורה להיות התנסות חיובית, אריכות חיים חייבת להיות מלווה בהמשכיות להזדמנויות לבריאות, השתתפות ובטחון - בטיחות. אימוץ התפיסה של הזדקנות פעילה משקפת את התחלת התהליך להשגת ראייה זו.

הזדקנות פעילה תלויה במגוון של השפעות וגורמים המקיפים את הפרט, המשפחות והחברות. מחקרים שנערכו בקרן מק'ארטור לגבי הזדקנות מוצלחת כללו מעורבות חברתית, תפקידים חברתיים, השתתפות ופעילות, קשרים חברתיים וחליפין, ו/או קשרים חיוביים עם אחרים. משתנים אלו נמצאו כקשורים במיוחד לבריאות טובה, תפקוד מנטאלי וגופני (הכלולים גם הם בהגדרת הזדקנות מוצלחת).

על פי אלן ווקר (2009), המרכיבים העיקריים של אסטרטגיית ההזדקנות הפעילה הם, למשל: פרישה גמישה, השתתפות אזרחית וקהילתית פעילה, הרחבת טיפול חברתי/תמיכה חברתית והתנגדות להזרה חברתית. באופן דומה, ניתן לקדם הזדקנות פעילה, למשל, באמצעות הפחתת אי שוויון, הבטחת ביטחון חברתי-כלכלי ו/או רשתות תמיכה חברתיות, קידום בריאות ומניעה. הוא מדגיש שחשוב לזהות את החוט המקשר בין כל תחומי המדיניות הרלבנטיים: תעסוקה, בריאות, ביטחון חברתי, הכללה חברתית, העברה, חינוך וכדומה" (Walker, 2010, S. 597).

אלן ווקר (2009), ציין כי הזדקנות פעילה אינה מתמקדת אך ורק בתהליך ההזדקנות של היחיד במטרה להעלות את רמת איכות החיים, אלא שהיא יוצאת מנקודת מבט חברתית. בהקשר זה, הזדקנות פעילה כוללת שני מימדים של "להיות יעיל", ליחיד בפני עצמו כמו גם לחברה בכללה ("יעילות אישית וחברתית") (BMFSFJ, 2006). העקרונות של הזדקנות פעילה כוללים: (1) מימדים הקשורים להתנהגות היחיד. (2) מימדים חברתיים. (3) מימדים בין דוריים ותוך דוריים בתוך ומחוץ למשפחה. על מנת ליישם את העקרונות: "...עלינו לפעול בו זמנית במישור הפרטני (אורח חיים), במישור הארגוני (ניהול) ובמישור החברתי (מדיניות) ובכל השלבים של מהלך החיים" (Walker, 2007).

כאמור, למערכת הבריאות יש תפקיד מרכזי בקידום בריאות שמהווה מרכיב מרכזי בהזדקנות פעילה ומהווה הבסיס לשמירת היכולת לקדם את המרכיבים האחרים. כאן נתמקד בהעלאת נושא זה לדיון. על מערכת הבריאות להתמקד בתכניות לקידום בריאות, מניעה ונגישות שוויונית לבריאות כמו גם עידוד מעורבות והשתתפות פעילה של הזקנים בעבודה, במשפחה ובחברה.

במסגרת זו כדאי גם להזכיר את היוזמה של המשרד לאזרחים ותיקים הפועלת להעלאת מודעות לזכויות בריאותיות כדוגמת הזכות לשיקום, חשיבות פעילות גופנית, התמודדות עם חשיפה לקור, ליקויי שמיעה וראיה באמצעות קמפיינים לציבור הרחב.

כפי שצוין ביעדים בפרק א', משרד הבריאות הקים כוח משימה ישראלי בנושא קידום בריאות ורפואה מונעת לגיל 65 ומעלה עם נציגים של כל הגורמים במערכת. כוח המשימה גיבש המלצות בעריכת פרופ' חווה טבנקין מטעם איגוד רופאי המשפחה. בנספח מצ"ב ההנחיות שגובשו למניעה בגיל 65 ומעלה עם מכתב

מלווה של ד"ר אלי רוזנברג. הם מהווים בסיס חשוב לקידום העשייה בנושא קידום הבריאות.

יש צורך בהצהרת מדיניות לכיוון של אימוץ התפיסה של הזדקנות פעילה במובן הכולל והרחב עם ההשלכות הנדרשות לתכנון ויישום: חינוך, רגולציה משאבים.

הגישה של הזדקנות פעילה כלפי האוכלוסייה הקשישה תקבע כיצד אנחנו, ילדינו ונכדינו נחווה את החיים בשנים המאוחרות יותר.

## המלצות

1. במטרה להגיע להזדקנות בריאה ופעילה יש צורך בתכנית לאומית המאפשרת מיצוי ההזדמנויות לבריאות, השתתפות חברתית וביטחון אישי על-ידי:
  - א. ישום ההמלצות לקידום בריאות ומניעת מחלות, לפי המקובל בספרות המדעית ובהתבסס על המלצות משרד הבריאות במסגרת תכנית 2020.
  - ב. מדיניות התומכת בהשתתפותם המלאה של אנשים בפעילויות סוציו-כלכליות, תרבותיות ורוחניות של החברה.
2. קידום בריאות חוצה קווים: כל הגופים הפועלים במישור הארצי והמקומי, בשירותי הבריאות והרווחה צריכים להיות פעילים, אולם המסר וההכוונה צריכים לבוא ממשרד הבריאות ומקופות החולים.
3. המדינה צריכה להטיל על משרד הבריאות לקבוע מדיניות ונהלים לקידום בריאות, להטיל את אחריות הביצוע לקופות ולשלטון המקומי לפי סוג הנושא, תוך איגום משאבים קיימים והקצאה של משאבים נוספים.
4. המשך הפיתוח וההשקעה בתחום של מידע - יש צורך להשקיע יותר בתחום של העברת מידע גם לציבור הרחב (כגון הקמפיינים ביוזמת המשרד לאזרחים ותיקים), וגם לאנשי המקצוע באשר למגוון האפשרויות לפעילות מקדמת בריאות - במיוחד ריכוז והעברת מידע ברמה המקומית.
5. יש לפעול להורדת חסמים - דוגמה קונקרטי: הדרישה של מכוני כושר לאישור רפואי סביר.
6. תרומה יצרנית של הזקנים הוא נושא מרכזי - פעילות בשוק העבודה ובמיוחד חיזוק המערך המאפשר פעילות התנדבותית.
7. להבטיח שיתוף האוכלוסייה המבוגרת בתכנון השירותים.

**רשימת מקורות:**

ActivAge (2005) Overcoming the barriers and seizing the opportunities for active ageing policies in Europe ([www.iccr-international.org/activeage/publications](http://www.iccr-international.org/activeage/publications)).

Avramov, D. and Mašková, M. 2003. *Active ageing in Europe*. Strasbourg: Council of Europe, DG III - Social Cohesion.

Biggs, S. and Powell, J. (2001). A foucauldian analysis of old age and the power of social welfare. *J Aging & Social Policy*, 12, 2: 93-112.

Biggs, S., & Lowenstein, A. (2011). *Generational Intelligence: A critical approach to age relations*. Routledge Publications, UK.

Hazan, H. (2011). Gerontological autism: Terms of accountability in the cultural study in the category of the fourth age. *Journal of Ageing and Society*, 31, 1125-1140.

Hinterlong, J., Morrow-Howell, N., and Sherraden, M. (2001). Productive aging: principles and perspectives. In N. Morrow-Howell, J. Hinterlong, and M. Sherraden, (Eds), *Productive Aging: Concepts and Challenge*, Baltimore: Johns Hopkins.

Kruse, A. (2005): Independence, consciously accepted dependency, self-responsibility and responsibility towards others as significant categories of an ethical perspective on of old age. *Zeitschrift for Gerontologie und Geriatrie*, 5.

Sidorenko, A and Walker, A (2004). The Madrid international plan of action on ageing from conception to implementation. *Ageing & Society*, 24, 2:147-166.

Walker, A. 2002. A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(1):121-139.

Walker, A. (2006). Active ageing in employment: its meaning and potential. *Asia-Pacific Review*, 13, 1: 78-93.

Walker, A. (2010). The emergence and application of active aging in Europe. In Gerd Naegle (Ed.), *Soziale Lebensluf P:olitik* (pp. 586-601). Vs Verlag Fur Sozialwissen-chaften.

WHO (2002). *Current and future LTC needs*. Geneva, WHO.

WHO (2002) Active Ageing: A Policy Framework. Madrid, Spain WHO.

## ג. מערכת תומכת בקשיש ובבני משפחתו

### רקע

כמעט ואין ויכוח היום כי המקום האופטימאלי לאוכלוסייה המבוגרת היא בסביבה הטבעית שלה, בקהילה ובביתה. לראייה, בדוח של האיחוד האירופאי מ-2008 בנושא "Long Term Care in the European Union" כתוב:

"Countries are firmly focused on enhancing tailor-made home and community care services and moving away from institutional care. This does not mean that institutional care provision is to be dismantled. Rather, institutional care must be maintained for those with severe disabilities/ conditions, for whom home care is not the most appropriate alternative. The goal is to help individuals remain at home for as long as possible, while providing institutional care when needed. This also supports individual choice and preferences: in general people want to live for as long as possible in their own homes, close to their family and friends" ("LTC in the European Union" p.14).

בדוח האחרון של ה-OECD שהתפרסם השנה: "Help wanted? Providing and paying for Long - Term Care", המחברים כותבים בצורה הכי פשוטה כי:

"Over the past couple of decades, nearly all OECD countries have been encouraging "Aging in Place" policies. The trend reflects the preferences of older people to receive care at home" (p.296).

לפיכך, המדיניות שנקבעה ע"י המדינות השונות הינה מדיניות התומכת בהשקפת עולם זו וכוללת 3 סוגים של פעילות:

- ◆ הרחבה ישירה של אספקת שירותים ביתיים.
- ◆ שינוי במדיניות ורגולציה.
- ◆ תמריצים פיננסיים.

**1. הרחבה ישירה של אספקת שירותים ביתיים** זה כולל הרחבה של שירותים קהילתיים, הרחבת הכיסוי הביטוחי ותמיכה בגין טיפולים בבית לאפשר לאוכלוסייה הזקוקה לשירותים לקבלם בביתם. אנו רואים שירותים לטיפול בבית במדינות רבות כגון קנדה, אירלנד, ניו זילנד, שוודיה, ופולין. ב-2006 הייתה רפורמה גדולה ביפן לצורך מתן תמיכה קהילתית מקיפה המאורגן ע"י עובדים פורמאליים ומתנדבים. יש תכנית דומה בבלגיה. עוד אסטרטגיה נפוצה הינה הדרכה ותמיכה למטפל הלא פורמאלי על-מנת להקטין את הדרישה לטיפול מוסדי (Long-term Care in the European Union, Colombo, et al., 2008).

## 2. מדיניות ורגולציה

- צעדים רגולטורים שנקטו במדינות השונות כוללים:
- ◆ החמרה בקריטריונים לטיפול מוסדי (פינלנד, צ'כיה, הונגריה).
  - ◆ העברה של אנשים מוגבלים ממוסדות לקהילה תוך מתן תמיכה עבורם בקהילה (שוודיה).
  - ◆ להרחבת דגמים חדשים של דיור תומך (Supported housing).
  - ◆ מתן אפשרות לבני משפחה להיות מוכרים כמטפלים רשמיים ולקבל שכר.

## 3. תמריצים פיננסיים - צורות שונות של תגמול למשפחות

- דוגמאות לתמריצים פיננסיים הם:
- ◆ כיסוי ביטוחי בגין טיפולי בית (לרבות עזרה סיעודית).
  - ◆ תשלומים הניתנים לקשיש בכדי לקנות סיוע ביתי עפ"י בחירתו.
  - ◆ קצבאות מיוחדות לקשישים שנשארים בביתם.
  - ◆ נקודות זיכוי במס הכנסה בגין שימוש בשירותים ביתיים.

## הדוגמה של דנמרק

המערכת לטיפול בקשישים בדנמרק מהווה דוגמה למדינות אחרות. דנמרק, יותר מכל מדינה באירופה, נותנת עדיפות מובהקת לטיפול בקהילה והשארת הקשיש בביתו. לפיכך, מעט מאוד קשישים נמצאים במוסדות סיעודיים בהשוואה עם מדינות אחרות. מאז חקיקת החוק על דיור לאוכלוסייה הקשישה ב-1987 לא נבנו מוסדות סיעודיים חדשים, הקשישים מתגוררים בבתיהם או באלטרנטיבות כגון דיור נתמך או מוגן.

בדנמרק, הטיפול בקשיש בביתו הוא לרוב חינם, ממומן בעיקר ע"י העירייה וכולל טיפול בית רפואי ע"י אחיות, קידום בריאות, שיקום, עזרה סיעודית ע"י מטפל ביתי (עזרה ב-ADL-IADL) או עוזרת בית, אנשי ניקיון וכד'. מאחר שיש כיסוי כ"כ רחב ע"י המדינה, אנשי משפחה לא נדרשים לתת טיפול פיזי לקשיש, אך במקרים שכן משפחה נותן את הטיפול, הוא מקבל תמיכה מהמדינה שכוללת תשלומים, Respite Care ובמקרים מסוימים אף שכר מהעירייה (Schulz, 2010).

### המערכת בישראל

במדינת ישראל האוכלוסייה הקשישה, לרבות האוכלוסייה המוגבלת, נמצאת בביתה והתמיכה ניתנת בעיקר ע"י המטפל הלא פורמאלי דהיינו בני משפחה. עפ"י התפיסה בישראל הטיפול בקשיש נחשב כאחריות של המשפחה. כ-20%-30 מהמטפלים הם בני-זוג, ושני שלישי הם הילדים של הקשיש והם משקיעים בין 20-45 שעות בשבוע בטיפול בקשיש (Brodsky, 2010).

האחריות המערכתית לטיפול מחולק בין הביטוח לאומי, משרד הרווחה, משרד הבריאות, קופות חולים כדלקמן:

- ◆ עזרה סיעודית ביתית ניתנת במסגרת חוק סיעוד ע"י המוסד לביטוח הלאומי.
- ◆ עזרה ביתית לרבות ארוחות חמות (בהשתתפות כספית של הקשיש) ניתנים ע"י משרד הרווחה.
- ◆ נופשון Respite Care יחסית חדש בישראל, מסובסד ע"י משרד רווחה אך יש היום רק 4 מסגרות עם 115 מיטות.
- ◆ שכונות תומכות מתוכננות ומאורגנות ע"י משרד הרווחה ביחד עם אשל. השירותים בשכונות התומכות כוללים: מרכז שכונתי המבטיח את הבטיחות האישית של הקשיש, הבטיחות של ביתו וגם תיקונים בבית, לחצן מצוקה, רופא/אמבולנס כונן 24 שעות ביום, ופעילות חברתית. ההצטרפות לשכונה תומכת ע"י הקשיש היא וולונטארית, תמורת דמי מינוי חודשיים.
- ◆ דמי המינוי מסובסדים ע"י משרד הרווחה לאלו עם הכנסות מאוד נמוכות. היום יש כ-246 שכונות תומכות עם 46,000 מינויים.

◆ מרכזי יום - יש רשת של מרכזי יום לקשישים מוגבלים וזה בנוסף לכ-900 חוגים במועדונים חברתיים המספקים מסגרת לפעילות חברתית לקשישים העצמאיים.

◆ סיוע בדיוור - למשרד השיכון אחריות לספק דיוור לאלו שלא מסוגלים לדאוג לעצמם לרבות הקשישים. הוא עושה את זה ב-3 דרכים: מתן משכנתא לעזור ברכישת דירה, סבסוד בדמי שכירות או מתן אפשרות להתגורר בדיוור ציבורי תמורת תשלום מזערי. לאוכלוסייה הקשישה יש עוד אלטרנטיבה - דיוור מוגן ציבורי המתוכננים ומפותחים ע"י צוות בין משרדי של משרד האוצר, משרד השיכון, משרד הקליטה, ומשרד העבודה והרווחה. הדירות מותאמות לצרכים של הקשישים, יש פעילות חברתית ופיקוח ע"י אב הבית. היום יש כ-96 בתי דיוור מוגן ציבוריים עם 9,400 יחידות דיוור.

◆ שירות מוסדי מורכב ממחלקות תשושים (באחריות משרד הרווחה) ומחלקות הסיעודיות (באחריות משרד הבריאות) (Brodsky, 2010).

◆ שירותי בריאות לאוכלוסייה הכללית והקשישה במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ניתנים ע"י קופות החולים. בנוסף לטיפול רפואי רגיל יש טיפולי בית לקשישים מוגבלים המרותקים לביתם וטיפול מוסדי במוסדות לאשפוז סעודי מורכב, בתי חולים גריאטריים ובתי חולים כלליים. בנוסף, קופות החולים מפעילות מרפאות רב מקצועיות להערכה גריאטרית, ותוכניות לקידום בריאות ורפואה מונעת לאוכלוסייה הקשישה.

ברמת התכנון הכולל של מערך השירותים כדאי להזכיר את היוזמה של המשרד לאזרחים ותיקים לקידום ערים ידידותיות גיל ע"י תוכנית "חיים בגיל" - תוכנית בין תחומית המעודדת יישובים לתכנן ולדאוג לפעילות משולבת של כל תחומי החיים: בתחומי תרבות ופנאי, תעסוקה, תחבורה, מרחבים פיזיים, כלכלה, בריאות, חינוך, משפחה וחברה.

אחד המענים שפותחו על-ידי המשרד לאזרחים ותיקים לצורך במידע הוא מוקד פניות טלפוני 8840\* - שהוא מרכז מידע למגוון נושאים שמועלים ע"י אזרח הוותיק או בן משפחתו ובאמצעות פנייה למוסדות הטיפול האחראים וליווי עד לקבלת מענה בנושא הפניה.



### התפתחות הטכנולוגיות של המחשוב והתקשורת

זכות הפיתוח האדיר של טכנולוגיות המידע והתקשורת בעשור האחרון, מופנית תשומת לב רבה יותר לרתימת טכנולוגיות אלו לשם שיפור ההעצמה, התמיכה והטיפול בקשישים. בקרב גורמים ממשלתיים ומקצועיים בעולם הולכת ומתגבשת הסכמה כי ניטור הבריאות מרחוק הוא פתרון אפשרי לצמצום ההוצאות מרקיעות השחקים של מערכת הבריאות על טיפול בקשישים מוגבלים או חולים הסובלים ממחלות כרוניות (Lee, et al., 2008).

פיתוח טכנולוגי של מערכות טלה-רפואה הוא אחד התחומים בהם ישראל מובילה בינלאומית. מערכות של טכנולוגיות מידע בתחום הבריאות הפועלות בארץ במסגרת הקהילה מספקים תשתית איתנה לפיתוחם וליישמם של שירותי טלה-רפואה, לרבות אבחון מרחוק כגון טֶלֶה-רדיולוגיה, טֶלֶה-אולטרסאונד, טֶלֶה-אק"ג, טֶלֶה-הולטר, טֶלֶה-אופתלמולוגיה וטֶלֶה-דרמטולוגיה. שירותים נוספים הם טֶלֶה-ייעוץ רפואי הכולל שיחות ועידה בווידיאו (וידיאו קונפרנס), כגון המוקד הטלפוני לרפואת ילדים בשירותי בריאות כללית העומד לרשות המטופלים לאחר שעות העבודה, ושירות ההתייעצות עם מומחים במכבי שירותי בריאות במרכזי רפואה אזוריים, המיועד למרפאות בפיפידיה או לחולים באזורים מרוחקים, ומוקד האחיות בשירותי בריאות כללית. כמו כן פועלות בישראל מערכות לניטור מרחוק, כגון שירותי ניטור אק"ג (שח"ל, נטלי ואחרים); ניטור חולים במחלות כרוניות, כגון המערכת של מכבי לניטור מרחוק של חולים הסובלים מאי ספיקת לב - מערכת המשלבת העברת מידע ממכשור רפואי כגון מדי לחץ דם, מדי דופק ומאזני אדם למוקד טלפוני מקצועי מאויש. המערכת כוללת שיחות ועידה בווידיאו בין אחיות המוקד הטלפוני לבין החולים בבתיהם.

עם העלייה ברמת התחכום הטכנולוגי ובגיל האוכלוסייה, ביתו של המטופל הפך למוקד הפעילות של מערכות שירותי הבריאות. ניטור אינטנסיבי של מדדי בריאות בסביבה הביתית נעשה מרכיב חובה במתן טיפול רפואי ובפיקוח. טכנולוגיות אלו פותחות אופקים חדשים לאפשרויות מרחיקות לכת לשמירת הקשיש בביתו תוך פיקוח, מעקב וניטור מתמידים, ולהעצמתו ולהעצמתם של המטפלים שלו.

### בעיות ואתגרים במערכת התומכת בקשישים בישראל

במערכת התומכת באוכלוסייה הקשישה יש מספר אתגרים מרכזיים שהצוות בחר להדגיש:

- ◆ התשתית הקיימת לשירותים בקהילה אינה מספקת ביחס לצרכים.
- ◆ חיזוק טיפול הבית הרפואי.
- ◆ אין מספיק גמישות וחופש בחירה לקשישים ומשפחותיהם בשימוש בשירותים להם הם זכאים.
- ◆ אין מספיק נגישות לשירותי ייעוץ ומידע לקשישים ומשפחותיהם.
- ◆ הניצול של מרכזי היום לא מלא ויש לחשוב ולהבין כיצד להביא לשימוש רחב יותר.
- ◆ היישום של טכנולוגיות התקשורת והמחשוב המתוארות לעיל במסגרת השירותים התומכים באוכלוסייה הקשישה בקהילה, הינו איטי מדי והמימון הציבורי אינו מוסדר.
- ◆ התמיכה במשפחות המטפלות מאוד לוקה בחסר.

### תמיכה במשפחה

הבעיה המרכזית אליה המדינה חייבת לתת את הדעת היא התמיכה במשפחה של הקשיש. נושא זה מוזנח מאוד בישראל בהשוואה למדינות רבות אחרות. כל הרחבה של השירותים הניתנים בבית או בקהילה מקל על המשפחה. אבל מעבר לכך יש חשיבות להתייחסות ישירה לצרכים של המשפחה שיכולים לבוא בצורות שונות.

בחלק מהמדינות באירופה, במסגרת חוקי עבודה, קיימת אפשרות להקטין את שעות העבודה ולעבוד בשעות גמישות או לקבל חופשה מהעבודה לתקופה ארוכה בכדי לטפל בבן משפחה חולה. במדינות אחרות יש זכויות לקבלת פיצוי כספי מהמדינה על אבדן הכנסות של המטפל המפסיק לעבוד (או מקטין שעות עבודה) לטפל בבן משפחה תלוי בביתו. במדינות אחרות, תקופת הזמן המוקדשת לטיפול בבן משפחה מרותק בביתו (אפילו אם המטפל הפסיק לעבוד ועוסק רק בטיפול בקשיש בבית) נחשבת כעבודה מוכרת לצורך חישוב הפנסיה. יש גם מדינות בהן בני משפחה המטפלים בקשיש בביתו מועסקים ע"י מערכת הביטוח הלאומי עם חוזה ומקבלים שכר. במדינות אחרות יש קצבאות מיוחדות למטפל (Long Term Care, Missoc Analysis, 2009).

במדינות OECD אחרות הנושא של Respite Care (נופשון) מפותח מאד, ומאפשר למטפל לצאת מהבית או למספר שעות ביום, לימים שלמים או לצאת לחופשה לתקופה של עד חודש ימים. יש 3 סוגים של Respite Care: טיפול יום בביתו של הקשיש, אספקת עזרה 24 שעות בביתו של הקשיש, או בתוך מוסד מסגרת חוץ ביתית.

בנוסף לאלו יש שירותים נוספים המיועדים לתמוך במשפחה ובמטפל (Colombo et al., 2011).

- ◆ שירותי הדרכה
- ◆ תמיכה רגשית
- ◆ שירותי ייעוץ
- ◆ מתן מידע על זכויות ושירותים וכיצד לגשת אליהם
- ◆ ניהול טיפול - עזרה בתיאום השירותים והשגתם

כל אלו נעשים מתוך הבנה שאם האוכלוסייה של המטפלים הלא פורמאליים ובני המשפחה יקטינו באופן משמעותי את היקף הטיפול שהם נותנים, אף מדינה לא תוכל לשאת בעול הכלכלי למתן שירותים חילופיים. לכן ההשקעה במשפחות התומכות על-מנת להבטיח המשך הטיפול הניתן על-ידה היא כדאית מאוד לכל מדינה וצריך להיות בעדיפות עליונה בהיערכות המדינה להתמודדות עם הזדקנות האוכלוסייה.

## המלצות

מתוך ראייה כי המקום האופטימאלי לאוכלוסייה המבוגרת היא בסביבה הטבעית שלה, בקהילה ובביתה מודגש הצורך לחזק את מערך השירותים בקהילה ולהתייחס באופן מקיף לתומכים הבלתי פורמאליים על ידי:

א. פיתוח וחיזוק מערך השירותים בקהילה

1. חיזוק והרחבה של מערך שירותי הבריאות בקהילה: טיפול בית ואישפוז בית בכל קופות החולים ובכל הארץ, תוך דאגה למשאבים הדרושים.
2. הגעה להערכה גריאטרית מוסכמת ככלי בסיסי לאבחון והפנייה לטיפול ולמסגרת המתאימה לצורכי הקשיש ובני משפחתו.
3. פיתוח המסגרת של טיפול יום רפואי - ניתן לנצל מסגרות אלה גם להדרכה של בני משפחה.
4. פיתוח נוסף, הרחבה והגמשה של שירותים לזקנים מוגבלים כגון מרכזי יום.
5. פיתוח מרכזי שיקום בקהילה.
6. הרחבת מסגרות קיימות (כגון קהילות תומכות) שיהוו כתובת למגוון הצרכים של הזקנים בביתם בצורה אינטגרטיבית.
7. פיתוח מענים שיכולים לתת פתרונות 24 שעות ביממה - שירותי בריאות ורווחה.

8. יש לעודד קידום הפיתוח והיישום של טכנולוגיות מתקדמות של מחשוב ותקשורת לניטור, מעקב והעצמת הקשישים בביתם הן באמצעות קביעת מדיניות מפורשת והן ע"י השקעת משאבים ע"י המדינה.

ב. התייחסות מקיפה לבני המשפחה

9. קביעת מדיניות לגבי ההתייחסות לצורכי בני המשפחה המטפלים, כולל החלטה של המדינה על מי מוטלת האחריות לטיפול במטפל הבלתי פורמאלי.

10. יש לראות את האוכלוסייה של המטפלים הבלתי פורמליים כאוכלוסייה בסיכון בריאותי ולכן יש להקים מסגרות למניעה, אבחון וטיפול.

11. יש לשקול תמריצים כלכליים למטפל הבלתי פורמאלי (כגון - פיצוי של / על אובדן הכנסות, תנאים גמישים במסגרת העבודה).

12. ניצול הזדמנויות להדרכה ותמיכה בבני משפחה, במיוחד של אחיות (אך לא רק), המעורבות ממילא בטיפול בקשישים מוגבלים ומרותקים לביתם.

13. חיזוק המאמצים להעברת מידע לציבור הרחב (לדוגמה, העלון שהפיק המשרד לאזרחים ותיקים המופץ בבתי החולים ושמו "זכויות שוות זהב", המרכז הנחיות והטבות לאזרחים הוותיקים המתאשפדים בבתי החולים). יש לדאוג להעברת מידע גם לאנשי המקצוע - במיוחד הועלה הצורך לחזק את העברת המידע לציבור הרופאים על מגוון השירותים בקהילה.

14. פיתוח תכנית אסטרטגית לניהול והספקת המידע.

**רשימת מקורות:**

Brodsky, J. (2010) Long Term Care in Israel: Developments and Challenges, Myers-JDC Brookdale Institute of Gerontology, update of Article submitted to: Global Ageing, International Federation on Ageing.

Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. (2011), Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

Communication from the Commission to the Council and the European Parliament: Europe's response to World Ageing, Promoting economic and social progress in an ageing world, A contribution of the European Commission to the 2nd World Assembly on Ageing, <http://eur-ex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2002:0143:FIN:EN:PDF> on August 29, 2001

"How to promote active ageing in Europe: EU support to local and regional actors, September 2011". AGE Platform Europe in partnership with the Committee of the Regions and the European Commission. Retrieved from [ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7005&langId=en](http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7005&langId=en), September 18, 2011

Lee H., Kim Y.T., Jung J.W., Park K.H., Kim D.J., Bang B., Bien Z.Z. A 24-hour health monitoring system in a smart home, *Gerontechnology* 2008; 7(1):22-35

"Long Term Care in the European Union". Brussels: European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008, Retrieved from [www.scie-socialcareonline.org.uk/profile.asp?guid=aa3bf299-1ef9-40de-adf9-78ad8eefb1f8](http://www.scie-socialcareonline.org.uk/profile.asp?guid=aa3bf299-1ef9-40de-adf9-78ad8eefb1f8) on September 4, 2011.

"Long Term Care - Missoc Analysis 2009", MISSOC Mutual Information on Social Protection in the EU Member States, the EEA and Switzerland, for the European Commission DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Contract #VC/2008/0967, August 2009. Retrieved from: [http://www.missoc.org/MISSOC2010/INFORMATIONBASE/OTHEROUTPUTS/ANALYSIS/2009/MISSOC%20Analysis%202009\\_EN.pdf](http://www.missoc.org/MISSOC2010/INFORMATIONBASE/OTHEROUTPUTS/ANALYSIS/2009/MISSOC%20Analysis%202009_EN.pdf) on August 31, 2011.

Merlis M, (2000) "Caring for the Frail Elderly: An International Review" *Health Affairs*, 19, No. 3:141-149

Schulz, E. (2010) The Long-Term Care System in Denmark, German Institute

for Economic Research (DIW Berlin), ENEPRI Research Report No. 73, 28 May 2010.

Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, WHITE PAPER (presented by the Commission) Brussels, 23.10.2007, COM (2007) 630 final, {SEC (2007) 1374} {SEC (2007) 1375} {SEC (SEC (2007) 1376}. Retrieved from [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf) on August 30, 2011.

ברודסקי, ג'; רוניצקי, ש.; סיטרון, ד. (2011) בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותכניות לסיוע ולתמיכה: תמצית מחקר, המרכז לחקר הזיקנה, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

קיי, ר.; למברגר, י.; נורמיל, ל. (2011) "הכלים של המאה ה-21 להתמודדות עם זיקנה: השימוש בטכנולוגיות מתקדמות להזדקנות במקום", ב-טיפול בית בזקנים המוגבלים בתפקודם: סוגיות, שירותים ותכניות, אסתר יקוביץ, עורכת, ג'וינט ישראל אשל.

## ד. התמודדות עם מחלת הדמנציה (שיטיון)

### 1. הקדמה

אנשים חיים כיום שנים ארוכות, וכתוצאה מכך, מחלות הקשורות לזקנה מהוות אחד האתגרים המשמעותיים לשירותי הבריאות והרווחה. דמנציה מוגדר כסינדרום קליני המתבטא בירידה בזיכרון ובתפקודים קוגניטיביים נוספים. כתוצאה מכך מתרחשת ירידה ביכולת האינטלקטואלית וביכולת התפקוד היום-יומי. סימפטומים נוספים פסיכיאטרים שונים שכיחים אף הם כגון: אפטיה, סערת רוחות (agitation) ודיכאון (van der Flier, Scheltens, 2005).

דמנציה נחשבת לאחת מבעיות הבריאות הקשות, המכאיבות וההרסניות ביותר. לסינדרום יש השפעה רבה על הלוקים בה ועל בני-המשפחה התומכים בהם. (Alzheimer's Disease 2010 International). בנוסף לכך, דמנציה מציבה אתגר בפני מערכת השירותים בשל העומס הכספי הכבד שהיא מטילה (Beerl, Werner, 2002). כתוצאה מכך, קיים קונצנזוס בעולם שעקב ההזדקנות של האוכלוסייה בעולם, התמודדות מערכתית עם דמנציה מהווה את אחת האתגרים המשמעותיים ביותר של המאה הנוכחית.

מידע ונתונים אפידמיולוגיים על מחלת הדמנציה חשובים לצורך טיפול ותכנון שירותים. הנתונים מאפשרים גם לערוך תחזיות כדי לאמוד את שכיחות המחלה בעתיד ולתת בסיס מידע להיערכות הדרושה כדי לענות על הצרכים העתידיים.

במסמך זה נציג סקירה אפידמיולוגית קצרה, לאחר מכן נציג מקרה שדרכו ניתן לעמוד על סוגיות מרכזיות שעומדות בפני המערכת כיום בהתייחסות לזקנים עם דמנציה, ולבסוף נעלה סוגיות שלדעתנו כדאי לדון במסגרת כנס יום-המלח.

### 2. אפידמיולוגיה של דמנציה - סקירה כללית

#### שכיחות והיארעות

בדוח אלצהיימר העולמי בשנה האחרונה (2010), הניחו שב-2010 היו ברחבי העולם 35.6 מיליון אנשים שלקו בדמנציה, מספר שיגדל ל-65.7 מיליון עד 2030 ול-115.4 מיליון עד 2050 (Alzheimer's Disease 2010 International).

בניתוח-על (meta-analysis) המבוסס על מחקרים שנערכו באירופה (כולל גרמניה, פינלנד, צרפת, איטליה, הולנד, נורבגיה, פורטוגל, ספרד שוודיה ובריטניה - EURODEM) נמצא ששכיחות הדמנציה המתוקנת לגיל מעל גיל 65 הייתה 6.4%, כאשר השכיחות מכפילה את עצמה כל חמש שנים (Fratiglioni et al., 2000).

שיעורי היארעות שנתיים כפי שדווחו בניתוח-העל של EURODEM הם כרבע לערך מהשכיחות, מה שמצביע על משך מחלה ממוצע (מתחילת המחלה ועד למוות) של ארבע שנים.

במחקר המבוסס על שיטת 'Consensus Delphi', סיפקו מומחי מחקר אומדנים לשכיחות הדמנציה בכל האזורים של ארגון הבריאות העולמי (Ferri et al., 2005) (בלוח 1 מוצגים האומדנים שלהם לגבי השכיחות והגידול הצפוי עד 2040 לפי אזורי העולם ובסה"כ). הם העריכו ש-24.3 מיליון אנשים לקו בדמנציה ב-2001, כשבכל שנה נוספים 4.6 מיליון מקרים חדשים. כ-70% ממקרים אלה יוחסו למחלת האלצהיימר. מספר האנשים שיושפעו יוכפל כל עשרים שנה ל-81.1 מיליון עד 2040. מבין הלוקים בדמנציה, 60% חיים בארצות מתפתחות, ושיעור זה צפוי לעלות עד 71% ב-2040.

[בקרב בני 60 ומעלה, בצפון אמריקה ואירופה המערבית נמצאה השכיחות הגבוהה ביותר של דמנציה (6.4% ו-5.4% בהתאמה)].

שיעור ההיארעות של דמנציה גדל בצורה משמעותית עם הגיל, כשהעלייה הבולטת ביותר מתרחשת במהלך העשורים השביעי והשמיני של החיים.

בעבודה מוקדמת יותר של Ineichen (1987), נמצא שבמחקרים שנבדקו, שכיחות הדמנציה נעה בין 2.5% ל-24.6%. ממצאים דומים נמצאו בסקירה של Henderson (Henderson 1986; Henderson 1994; Jorm et al., 1987).



## לוח 1: שכיחות והיארעות של דמנציה בארצות מפותחות ומתפתחות

**Table 1** | Prevalence and incidence of dementia in developed and developing regions

Region	Consensus dementia prevalence at age ≥60 years (%)	Estimated annual incidence of dementia (per 1,000 individuals)	People with dementia aged ≥60 years in 2001 (millions)	Estimated increase in proportion of people with dementia from 2001 to 2040 (%)
Western Europe	5.4	8.8	4.9	102
Eastern Europe (regions with low adult mortality)	3.8	7.7	1.0	169
Eastern Europe (regions with high adult mortality)	3.9	8.1	1.8	84
North America	6.4	10.5	3.4	172
Latin America	4.6	9.2	1.8	393
North Africa and Middle Eastern Crescent	3.6	7.6	1.0	385
Developed western Pacific	4.3	7.0	1.5	189
China and developing western Pacific	4.0	8.0	6.0	336
Indonesia, Thailand and Sri Lanka	2.7	5.9	0.6	325
India and south Asia	1.9	4.3	1.8	314
Africa	1.6	3.5	0.5	235
Combined values	3.9	7.5	24.3	234

Data taken from Ferri et al. (2005).<sup>3</sup>

### שכיחות הדמנציה בישראל

בישראל נערכו מספר מועט של מחקרים שניסו לאמוד את השכיחות של דמנציה באוכלוסייה היהודית ובאוכלוסייה הערבית. כדי לאמוד את השכיחות של דמנציה בקרב הזקנים היהודים בקהילה ובמוסדות, נעשה שימוש בשני מחקרים שעבדו בשיתוף ובעזרת כלים ומתודולוגיה דומים - האחד בקהילה (Wertman et al., 2007), והשני במוסדות לטיפול ממושך (Feldman et al., 2006). על בסיס שני מחקרים אלה, בסוף שנת 2002, נמצא כי שכיחות הדמנציה בקרב בני 65+ הגרים בקהילה בישראל נאמדת ב-16.7% (כ-98 אלף איש). מהם: 7.3% לוקים בדמנציה קלה (כ-43 אלף איש), 3.8% בדמנציה בינונית (כ-22 אלף איש) ו-4.7% בדמנציה קשה (כ-27.5 אלף איש). לגבי כ-0.9% מהקשישים הסובלים מדמנציה לא הייתה לנו אפשרות לאמוד את רמת החומרה. אומדן של שכיחות הדמנציה בקרב בני 65+ בקהילה ובמוסדות כאחד הגיע ל-19.1% (כ-117 אלף איש), (וצפוי לגדול ב-85% ל-237,000 בני אדם עד 2030).

מחקר אחר בחן את שכיחות הדמנציה מסוג אלצהיימר בקרב אוכלוסיית קשישים ערבים בישראל (Bowirrat et al., 2001). אוכלוסיית היעד במחקר זה כללה את האנשים בגיל 60 ומעלה תושבי הכפרים בנחל עירון (ואדי ערה). כפרים אלה מהווים

אזור גיאוגרפי מובחן היטב, המונה כ-46,000 תושבים. הקשישים נבדקו לתסמינים של דמנציה. דמנציה מסוג אלצהיימר אובחנה ב-20.5% מאוכלוסייה זו. שכיחותה גדלה באופן תלול עם הגיל, מ-8% בקרב הצעירים מגיל 70 ועד ל-33% בקרב גילאי 70-79 ו-51% בקרב בני 80 שנים או יותר.

האומדנים לגבי דמנציה בינונית וקשה ביחד הם קצת מעל הטווח שהצגנו קודם של FERRI לגבי ארצות המערב. בישראל, נעשה מאמץ מיוחד למדוד את הדמנציה הקלה (לעומת מחקרים בינלאומיים), וזה יכול להסביר את ההערכה הכוללת הגבוהה יותר. שיעור בני 65+ הלוקים בדמנציה בישראל, כאשר כוללים את הדמנציה הקלה, כפי שעולה משני מחקרים אלה, נמצא בגבול העליון של טווח השיעורים המצוטטים בעבודות מטה-אנליזה.

במחקרים השונים שנעשו בישראל נמצא ששכיחות הדמנציה עולה באופן משמעותי עם הגיל גבוהה יותר בקרב נשים ובקרב אנשים עם השכלה נמוכה.

במחקר אחר שנערך באשקלון (Kahana et al., 2003), נעשה סינון של היכולות הקוגניטיביות של כל האוכלוסייה גילאי 75 ומעלה. מרבית האוכלוסייה מורכבת מעולים ממספר ארצות, עם רקע סביבתי ותרבותי שונה כמו גם הרכב גנטי שונה. מהתוצאות עולה כי, בדומה למחקרים אחרים, שכיחות הדמנציה עלתה מאד עם הגיל.

כפי שניתן לראות, כיום אין נתונים בישראל לגבי היארעות הדמנציה המבוססים על מחקר המייצג את כלל הזקנים בישראל.

### גורמים לדמנציה

הגורם העיקרי לדמנציה היא מחלת האלצהיימר (Alzheimer's disease - AD), האחראי על 50% - 70% ממקרי הדמנציה, והגורם השני בחשיבותו היא דמנציה וסקולרית (VaD Vascular Dementia), האחראי על 15% - 25% ממקרי הדמנציה. סיבות אחרות לדמנציה הם: dementia- front temporal lobar degeneration ו-dementia with Lewy bodies.

### גורמי סיכון וגורמים הגנטיים

ניתן למנות ארבע קטגוריות רחבות של גורמי סיכון: גורמים חברתיים-דמוגרפיים (כגון גיל, מגדר והשכלה), גורמים שקשורים קרדיו-וסקולרית/מטבוליים (יתר לחץ-דם, יתר שומן בדם, סוכרת), גורמים שקשורים לסגנון חיים (דיאטה, השמנת-יתר, עישון, פגיעות ראש), וגורמים גנטיים (ApoE4). נתייחס כאן לגורמים נבחרים.

#### גורמים גנטיים

כמה מחקרים השתמשו בגנים של המרואיינים כדי לבחון את הקשר בין שונות גנטית לבין הסיכון לדמנציה. בין אלה, גן ה-APOE הוא בעל חשיבות גדולה בקרב רוב האנשים הלוקים בדמנציה. במחקר שנערך בשוודיה על תאומים דווח כי ניתן לייחס 60%-80% מהלוקים ב-AD להשפעות גנטיות (Gatz et al., 2005; Pedersen et al., 1997). מניתוח-על עולה כי האלל ה-APOEε4 מהווה גורם סיכון מרכזי ל-AD בכל קבוצות המוצא, לנשים וגברים גילאי 40 עד 90 (Farrer et al., 1997). אף שאלל ה-APOEε4 היה קשור לסיכון גבוה ל-AD (Strittmatter et al., 1993) רק 50% ממקרי ה-AD נושאים את האלל APOEε4 (Pastor et al., 2004).

#### גיל

כל המחקרים הצביעו על כך שהסיכון לדמנציה גדל עם הגיל. ככלל, ההשפעה של הזדקנות היא גורם סיכון עקבי למדי לדמנציה בקבוצות אתניות שונות.

#### מגדר

המגדר הוא גורם סיכון חשוב ללקות ב-AD בקרב קשישים ומרבית המחקרים מצביעים על כך שנשים סובלות יותר מאלצהיימר. עם זאת, הממצאים לגבי דמנציה וסקולרית אינם עקביים. כך למשל נמצא שהיארעות של VaD נמוכה יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים (Ruitenberg et al., 2001). ניתן להסביר את הממצאים האלה בהשפעה המגוונת של אסטרוגן בקרב נשים לפני גיל המעבר, ומוות מוקדם של גברים ממחלות לב וכלי דם (Andersen et al., 1999).

#### פעילות גופנית

הקשר בין פעילות גופנית לבין סיכון לדמנציה נחקר באופן נרחב. כמה מחקרים על שנתונים (cohorts) הצביעו על כך שפעילות גופנית קשורה באופן חיובי עם תפקוד קוגניטיבי בקרב אנשים מבוגרים יותר (Yaffe et al., 2001; Barnes et al., 2003).

במחקרים אחרים נמצא שפעילות גופנית קשורה עם צמצום של 30%-50% בהידרדרות קוגניטיבית (Karp et al., 2006; Laurin et al., 2001). ניתוח-על שכלל 30 ניסויים אקראיים מצא שלאימון בהתעמלות יש השפעה חיובית על תפקוד קוגניטיבי (Heyn et al., 2004).

ההשפעה החיובית של פעילות גופנית עשויה לנבוע מצמצום הסיכון לכלי הדם ולהשמנת-יתר, רמות נמוכות יותר של מסמנים דלקתיים, כושר גופני מוגבר, בריאות עצבים (Heyn et al., 2004; Barnes et al., 2007).

### **קיום מחלה אחרת**

הסיכון לדמנציה קשור למחלות שונות. נציין כאן כמה דוגמאות: יתר-לחץ-דם מהווה גורם סיכון חשוב ל-VaD (Forette & Boller, 1991) אבל לא ל-AD (Posner et al., 2002). סוכרת מסוג 2 נמצא קשורה ל-AD (Craft et al., 2007). כמו כן נמצא שבממוצע, כמחצית האנשים עם ליקוי קוגניטיבי שקשור לכלי דם עשויים ללקות בדמנציה בתוך 5 שנים לאחר שלקו בשבץ (Starkstein, 2003). יתר על כן, פגיעה טראומטית במוח יכולה לגרום להתפתחות מוקדמת של AD (Lye & Shores, 2000). שני ניתוחי-על הצביעו באופן עקבי על כך שהיסטוריה של דיכאון מהווה גורם סיכון ל-AD בשלבים המאוחרים יותר של החיים (Ownby et al., 2006; Jorm et al., 2001).

ככלל, זיהומים, גורמים הקשורים בכלי דם ומחלות נלוות, פגיעות ראש ומצבים פסיכולוגיים, יכולים לחלוק מסלול דלקתי משותף שתורם לאטיולוגיה של דמנציה (Chen et al., 2009).

### **הצגת מקרה**

מר ח. כ. בן 76 נשוי ואב לשלשה. הוא עבד עד גיל 65 במפעל לייצור חומרי הדברה. הוא מתגורר עם אשתו בדירה שכורה בלוד. לזוג שני ילדים המתגוררים בארצות הברית.

אשתו בת 72 ומתנדבת במכון הלב בבית חולים הקרוב פעמיים בשבוע. מזה כשנה אשתו שמה לב שהוא שוכח דברים. כדוגמה הוא שוכח להעביר הודעות טלפוניות. הוא מתבלבל בתאריכים. הוא יצא כמה פעמים מהבית ושכח לנעול את הדלת. לפעמים הוא מתבלבל בשמות השכנים. הוא יכול להגיע למכולת בקרבת הבית ולקנות מצרכים בסיסיים אבל הוא הלך לאיבוד כמה פעמים כשהוא נסע לעיר.

אשתו מדווחת שלפני כחודש הוא נסע ברכב לערוך קניות בקניון וכשיצא מהקניון לא מצא את הרכב. הוא הודיע למשטרה ולביטוח על כך שהרכב נגנב. כעבור שבוע הודיעו לו מהמשטרה שהרכב נמצא בחניון ליד הקניון ללא שום סימני פריצה. הוא עמד על כך שלא ייתכן שהוא שכח איפה הוא חנה את הרכב ושכנראה הגנב הזיז את הרכב ממקום החניה למקום אחר. האירוע הזה גרם לאשתו לבקש שהוא יבוא לבדיקה במרפאת הזכרון. נמסר לה שהערכה במרפאת זכרון אינה כלולה בסל השירותים ועליה לשלם עבור הבדיקה.

בהערכה במרפאת הזכרון התגלו כמה פרטים חשובים אחרים:

- ◆ אמו סבלה ממחלת אלצהיימר מגיל 72 ונפטרה במחלקה סיעודית כשהיא מקבלת הזנה אנטרלית דרך PEG. כשהמטופל מספר על אמו הוא אומר "אם אני אגיע למצב כזה לא הייתי רוצה שיעשו לי שום פעולה להאריך את חיי".

- ◆ לאחרונה הוא העביר את ניהול חשבון הבנק לאשתו "כי אין לי כח להתעסק עם הדברים האלו".

- ◆ יש לציין שהוא נוהג כבר 50 שנה ומאוד אוהב לנהוג. יש לו רכב חדש כי הרכב הקודם נפגע בתאונת דרכים לפני כחצי שנה כשהוא נכנס למשאית חונה בצד הכביש. הוא לא נפגע בתאונה אבל נגרם נזק רב לרכב. לדבריו הוא נוהג מצוין ואין לו סיבה להפסיק לנהוג.

במרפאת הזכרון הוא אובחן כסובל ממחלת אלצהיימר והוחל טיפול תרופתי בתרופות מסוג מעכבי כולינסטרז. הומלץ על השתתפות במועדון לתשושי נפש אבל החולה סירב ללכת. בביקורת במרפאת הזכרון כעבור חצי שנה הוא מלווה ע"י אשתו שנראית עייפה ומתוחה. היא מדווחת שבעלה מתייחס אליה בחשדנות ומסרב להתרחץ. כשהיא עומדת על כך שהוא יתרחץ הוא מגיב בכעס ובתוקפנות. אשתו פנתה לרופא המשפחה לעזרה והוא הפנה אותה לביקורת במרפאת הזכרון.

**המלצות**

מתוך ראייה כי דמנציה היא אחת מבעיות הבריאות הקשות, המכאיבות וההרסניות ביותר, בעלת השפעה רבה על הלוקים בה ועל בני-המשפחה התומכים בהם, על מערכת הבריאות להתייחס באופן מקיף להתמודדות עם האתגרים הייחודיים של המחלה על ידי:

1. יש להתבסס על תוצאות כנס ההסכמה שהתקיים בחודש אוקטובר 2011 כבסיס לתהליך האבחון והטיפול.
2. הקצאת משאבים לשיפור מערך הידע על שכיחות, היארעות ומערך השירותים - לצורכי תכנון.
3. העצמת רופאי המשפחה והצוות הרב מקצועי להערכה וטיפול.
4. חלוקת עבודה יעילה בין גריאטריים לבין רופאי משפחה - ובין רופאים לבין אחיות ויתר מקצועות הבריאות.
5. להסדיר את נושא ההערכה הכלולה בסל - הן במסגרות יחידות להערכה גריאטרית ומרפאות זיכרון.
6. לתת דגש על שירותים תומכים בקהילה והתייחסות מיוחדת לחולה הדמנטי בכל רצף השירותים, במיוחד בהקשר של המטפל הבלתי פורמאלי.
7. פיתוח נוסף והרחבה של שירותים מיוחדים לחולים עם דמנציה ובני משפחותיהם וניצול של טכנולוגיות חדשות.

**רשימת מקורות:**

- Alzheimer's Association. 2010. "Alzheimer's Disease Facts and Figures". *Alzheimer's Dement* 6(2):158-94.
- Andersen, K.; Launer, L.J.; Dewey, ME.; et al., 1999. "Gender Differences in the Incidence of AD and Vascular Dementia: The EURODEM Studies. EURODEM Incidence Research Group. *Neurology* 53:1992-7.
- Barnes, D.E.; Yaffe, K.; Satiriano, W.A.; et al., 2003. "A Longitudinal Study of Cardiorespiratory Fitness and Cognitive Function in Healthy Older Adults". *J Am Geriatr Soc* 51:459-65.
- Beeri, M.S., Werner, P., Adar, Z., Davidson, M., & Noy, S. (2002). Economic Cost of Alzheimer's Disease in Israel. *Journal of Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 16(2), 73-80.
- Bowirrat, A.; Treves, T.; Friedland, R.P.; and Korczyn, A.D. 2001. "Prevalence of Alzheimer's Type Dementia in an Elderly Arab Population". *Eur J Neurol* 8(2):119-23.
- Chen, J.H.; Lin, K.P.; and Chen, Y.C. 2009. "Risk Factors for Dementia". *J Formos Med Assoc* 108:10.
- Craft, S. 2007. "Insulin Resistance and Alzheimer's Disease Pathogenesis: Potential Mechanisms and Implications for Treatment". *Curr Alzheimer Res* 4:147-52.
- Farrer, L.A.; Cupples, L.A.; Haines, J.L. et al., 1997. "Effects of Age, Sex, and Ethnicity on the Association between Apolipoprotein E Genotype and Alzheimer Disease. A Meta-Analysis. APOE and Alzheimer Disease Meta Analysis Consortium". *JAMA* 278:1349-56.
- Feldman, H.; Clarfield, A.M.; Brodsky, J.; King, Y.; and Dwolatzky, T. 2006. "An Estimate of the Prevalence of Dementia among Residents of Long-Term Care Geriatric Institutions in the Jerusalem Area". *International. Psychogeriatrics* 18(4):643-52.
- Ferri, C.P.; Prince, M.; Brayne, C.; Brodaty, H.; Fratiglioni, L.; Ganguli, M.; Hall, K.; Hasegawa, K.; Hendrie, H.; Huang, Y.; Jorm, A.; Mathers, C.; Menezes, P.R.; Rimmer, E.; Sczufca, M.; and Alzheimer's Disease International. 2005. "Global Prevalence of Dementia: A Delphi Consensus Study". *Lancet* 366(9503): 2112-7.
- Fleminger, S.; Oliver, D.L.; Lovestone, S.; et al., 2003. "Head Injury as a Risk

Factor for Alzheimer's Disease: The Evidence 10 Years On; A Partial Replication". *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 74:857-62.

van der Flier, W.M.; Scheltens, P (2005). "Epidemiology and Risk Factors of dementia". *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76.

Forton, D.M.; Thomas, H.C.; Murphy, C.A.; et al., 2002. "Hepatitis C and Cognitive Impairment in a Cohort of Patients with Mild Liver Disease". *Hepatology* 35:433-9.

Forette, F.; and Boller F. Hypertension and the risk of dementia in the elderly. *Am J Med* 1991;90:14S-9S.

Fratiglioni, L.; Launer, L.J.; Andersen, K.; Breteler, M.M.; Copeland, J.R.; and Dartigues, J.F. 2000. "Incidence of Dementia and Major Subtypes in Europe: A Collaborative Study of Population Based Cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group". *Neurology* 54(11 Suppl 5):S10-S15.

Gatz, M.; Fratiglioni, L.; Johansson, B. et al., 2005. "Complete Ascertainment of Dementia in the Swedish Twin Registry: The HARMONY Study". *Neurobiol Aging* 26:439-47.

Henderson, A.S. 1994. *Epidemiology of Mental Disorders and Psychological Problems - Dementia*. World Health Organization, Geneva.

Henderson, A.S. 1986. "The Epidemiology of Alzheimer's Disease". *British Medical Bulletin* 42:3-10.

Heyn, P.; Abreu, B.C.; and Ottenbacher, K.J. 2004. "The Effects of Exercise Training on Elderly Persons with Cognitive Impairment and Dementia: A Meta-Analysis". *Arch Phys Med Rehabil* 85:1694-704.

Hofman, A.; Rocca, W.A.; Brayne, C.; et al., 1991. "The Prevalence of Dementia in Europe: A Collaborative Study of 1980-1990 Findings. Eurodem Prevalence Research Group". *Int J Epidemiol* 20:736-748.

Ineichen, B. 1987. "Measuring the Rising Tide: How Many Dementia Cases Will There Be by 2001?" *British Journal of Psychiatry* 150:193-200.

Karp, A.; Paillard-Borg, S.; Wang, H.X.; et al., 2006. "Mental, Physical and Social Components in Leisure Activities Equally Contribute to Decrease Dementia Risk". *Dement Geriatr Cogn Disord* 21:65-73.

Jorm, A.F.; Korten, A.E.; and Henderson, A.S. 1987. "The Prevalence of Dementia: A Quantitative Integration of the Literature". *Acta Psychiatr Scand* 76: 465-479.

Kahana, E.; Galper, Y.; Zilber, N.; and Korczyn A.D. 2003 "Epidemiology of



- Dementia in Ashkelon: The Influence of Education". *J Neurol* 250(4):424-8.
- Laurin, D.; Verreault, R.; Lindsay, J.; et al., 2001. "Physical Activity and Risk of Cognitive Impairment and Dementia on Elderly Persons". *Arch Neurol* 58:498-504.
- Lye, T.C.; and Shores, E.A. 2000. "Traumatic Brain Injury as a Risk Factor for Alzheimer's Disease: A Review". *Neuropsychol Rev* 10:115-29.
- Ownby, R.L.; Crocco, E.; Acevedo, A.; et al., 2006. "Depression and Risk for Alzheimer Disease: Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression Analysis". *Arch Gen Psychiatry* 63:530-8.
- Pastor, P.; and Goate, A.M. 2004. "Molecular Genetics of Alzheimer's Disease". *Cur Psychiatry Rep* 6:125-33.
- Pedersen, NIL; Gets, M.; Berg, S. et al., 2004. "How Heritable is Alzheimer's Disease Late in Life? Findings from Swedish Twins". *Ann Neurol* 55:180-5.
- Posner, H.B.; Tang, M.X.; Luchsinger, J.; et al., 2002. "The Relationship of Hypertension in the Elderly to AD, Vascular Dementia, and Cognitive Function". *Neurology* 58:1175-81.
- Ruitenbergh, A.; Ott, A.; van Swieten, J.C.; et al., 2001. "Incidence of Dementia: Does Gender Make a Difference?" *Neurobiol Aging* 22:575-80.
- Starkstein, S.E. 2003. "Almeida OP. Understanding Cognitive Impairment and Dementia: Stroke Study". *Curr Opin Psychiatry* 16:615-20.
- Strittmatter, W.J.; Saunders, A.M.; Schmechel, D.; et al., 1993. "Apolipoprotein E: High-Avidity Binding to Beta-Amyloid and Increased Frequency of Type 4 Allele in Late-Onset Familial Alzheimer Disease". *Proc Natl Acad Sci USA* 90: 1977-81.
- Wertman, E.; Brodsky, J.; King, Y.; Bentur, N.; and Chekhir S. 2007. "An Estimate of the Prevalence of Dementia among Community-Dwelling Elderly in Israel". *Dement Geriatr Cogn Disord* 24(4):294-9.
- World Health Organization. 2003. World Health Report 2003 - Shaping the future. WHO, Geneva.
- Yaffe, K.; Barnes, D.; Nevitt, M.; et al., 2001. "A Prospective Study of Physical Activity and Cognitive Decline in Elderly Women: Women Who Walk". *Arch Intern Med* 161:1703-8.

## ה. רצף שירותים לקשישים

### 1. מבוא

מטרת המסמך היא להציג סוגיות מרכזיות בנושא רצף השירותים לקשישים, את האתגרים הכרוכים בכך ולתת דוגמאות לאפשרות ההתמודדות עימה בעולם ובארץ. בבסיס התפישה הדוגלת ברצף בין שירותים עומדת ההכרה כי לקשר, לתקשורת, להמשכיות, לשיתוף הפעולה ולתיאום בין הספקים במערכות השירותים שעומדים לרשות הקשישים, יש השלכות חיוביות על הקשיש ומשפחתו, אשר באות לידי ביטוי בפישוט תהליכים ביורוקרטיים, זמינות, נגישות, ויעילות במתן מענה הולם לקשיש שיפור שביעות רצונו ואיכות חייו (Coburn, 2001). במקביל יש לכך השלכות חיוביות לספקי השירותים ולמדינה מבחינת ייעול תהליכי הטיפול ואספקת השירותים, מניעת אשפוזים מיותרים, כפילויות ודחייה או מניעת אשפוז ממושך וחסכון בעלויות (Brachman, 1999).

אלא שבחינת הסוגיה לעומקה מלמדת על מורכבותה ועל קיומם של גורמים רבים שקשורים ומשפיעים עליה, ובכלל זה חוקים ותקנות, מבנה מערכת שירותי הבריאות והרווחה, תהליכים ביורוקרטיים, שיטות המימון והתגמול, תהליכי הספקת השירותים ודרכי קבלתם. עם זאת, חשוב לציין כי שיפור רצף השירותים אינו מהווה מטרה בפני עצמה, אלא אמצעי לשיפור ולאופטימיזציה של התנהלות מערכות השירותים לקשישים. הקשישים בישראל הם כל תושב בגיל פרישה, גבר או אישה, מגיל 67 ו-62 בהתאמה. מכאן שנדרשת החלטה לגבי הגיל הנכון שבו נדרש יותר תיאום ברצף השירותים.

### 2. מודלים לשיפור רצף השירותים

סקירת הספרות המדעית מלמדת על אין ספור מחקרים ומאמרים הדנים בסוגיית רצף השירותים וכי כל המדינות וכל מערכות הבריאות והרווחה בעולם המערבי, וכיום גם מדינות מתפתחות עוסקות בסוגיה הזו. בצפון אמריקה ובאירופה נעשו ניסיונות וניסויים רבים כדי להתמודד עם המורכבות והמימדים הקשורים לכך, אך על פי ממצאי התוכנית השישית של האיחוד האירופי, למרות שכמעט בכל המדינות יש הסדרים להספקת שירותי בריאות ורווחה לקשישים, המאפיין המשותף שלהם הוא חוסר תיאום ורצף בין השירותים, אשר גורם לחוסר יעילות ולאי שביעות רצון

(Kodner, 2002, 2006). זאת ועוד, כל אחת מהמדינות פיתחה גישות, חקיקה ותקנות, ודרכי הספקה שונים, כדי לשפר את התיאום והרצף בין השירותים, בהתאם למבנה הפוליטי, הארגוני-מקצועי ודרכי המימון במדינה.

בספרות המקצועית רווחים שני מודלים לשילוב ושיתוף בין שירותים והם המודל שהוצע בידי Leutz (1999) והמודל של Leichsenring (2004).

לוץ מבחין בין שלוש רמות של קשר ורצף בין שירותים:

◆ **Linkage** - קשר בין אנשי מקצוע ושירותים, לפיו, הם משתפים פעולה, מעבירים מידע ומעוניינים בשמירה על רצף הטיפול. אנשי המקצוע שולחים מכתבים (למשל, כותבים מכתב שחרור מבית חולים: "זקוק לפיזיותרפיה"), שולחים פקס מבית החולים אל השירותים לטיפול בית, או אפילו עורכים ביקור בית לעיתים. אבל הקשר הזה אינו פורמאלי, נתון לרצון הטוב של ספקי השירותים ולתפישתם המקצועית, הוא אינו מחייב על פי חוק או תקנות, אינו אינטנסיבי ובעל פנים מגוונות.

◆ **Coordination** - קיים שיתוף פעולה פורמאלי בין אנשי המקצוע מכל השירותים. הם מקיימים ישיבות משותפות, יש להם טפסים אחידים, מחויבים ללוח זמנים בהעברה ובהחלטה, ויש נוהלי עבודה. למשל, יחידה רב מקצועית לטיפול בקשיש המרכזת את כל הטיפול בקשישים בקהילה.

◆ **Integration** - במודל זה יש איחוד מלא של השירותים. לקשיש יש כתובת אחת אליה הוא פונה והיא אחראית על ארגון, מימון, והספקת השירותים.

הגישה שפותחה בידי Leichsenring (2004) מציעה שלושה שילובים:

◆ שילוב מבני - לפיו, כל המשאבים, הפעולות ואנשי הצוות מרוכזים במבנה משותף. המבנה עשוי לכלול מחלקות שונות, אך לכל הקשישים יש נקודת כניסה אחת, שבה נעשית הערכת צרכים כוללת ועל פיה נקבעת תוכנית טיפול. גם מערכות המידע משותפות, דבר שמאפשר העברת מידע מהירה ומלאה בין היחידות.

- ◆ שילוב תהליכי - המתמקד בעיקר בביצוע פעילויות התיאום בין הארגונים. הגישה מתמקדת בשיטות וכלים שנועדו להתגבר על מכשולים לרצף ולתיאום באמצעות תמריצים ועבודה ישירה בין אנשי מקצוע, בעוד שהמבנה הארגוני אינו מרכיב עיקרי בגישה הזו.
- ◆ שילוב בעזרת צוות רב מקצועי - בו יש שיתוף פעולה ושילוב בין אנשי המקצוע כמו בין הארגונים המספקים את השירותים.

### 3. דוגמאות של תוכניות מהעולם לשיפור רצף השירותים לקשישים

בעולם נעשו ניסיונות רבים כדי להתמודד עם הסוגיה ולשפר הקשר והתיאום בין השירותים. להלן יוצגו המודלים המוכרים ביותר. אך בטרם נציג את המודלים, שתי הערות:

א. אסור לדעתנו להשליך ולהסיק מסקנות חד משמעיות לגבי מדינת ישראל מתוך תוכניות וניסיונות שנעשו במקומות אחרים בעולם. שכן, הממשל, האידיאולוגיה והערכים, ההיסטוריה, מבנה השירותים, המצב הכלכלי, מאפייני האוכלוסייה וגורמים רבים אחרים, שונים בין מדינות.

ב. כאשר יש הרבה תרופות לאותה הבעיה כנראה שלא קל להתמודד עימה. לפיכך, יתכן שאין תרופה אחת אולטימטיבית להתמודדות עם הסוגיה. גם בארץ וגם בעולם, פותחו והופעלו תוכניות רבות, אולם חלקן לא התבססו ברמה הארצית ולא שרדו לאורך זמן.

### להלן דוגמאות של מודלים לשילוב שירותים לטיפול בקשישים

**ארה"ב - PACE** (Program for All - Inclusive Care for the Elderly) - איגום משאבים ממקורות שונים כדי לספק רצף שירותים לקשישים מוגבלים וכדי לאפשר גמישות בבנייה אישית של סל שירותים בהתאם לצרכי הקשיש (Hansen, 2008).

**קנדה - SIPA** (Systeme de soins Integres pour Personnes Agees) - תוכנית הכוללת שילוב בין שירותי הבריאות לשירותי הרווחה לקשישים באמצעות צוות רב מקצועי הממומן בידי תקציב הפרובינציה Montreal, Canada (Be'land et al., 2006 ; Bergman et al., 1997).

**קנדה - PRISMA** (Program of Integrated Services for the Maintenance) התוכנית מבוססת על כלי הערכה שנועד לתכנן תכנית טיפול אישית מותאמת לצרכי הקשיש ובני משפחתו והיא משלבת שירותי בריאות ושירותי רווחה בתאום ורצף (Herbert et al., 2004).

**קנדה - SWING** (South Winnipeg Integrated Geriatric) במרכזו ניהול טיפול כוללני עם קשר לשירותים גריאטריים (Montgomery & Fallis, 2003).

**דנמרק - Skaevinge** העיר איחדה 1984 את השירותים המפוצלים לקשישים תחת קורת גג אחת במרכז שהיה בעבר מוסד סיעודי (Colmorten et al., 2005).

**צרפת - CLIC - Centres Locaux** משנת 2004 פועלים בצרפת מרכזים לתאום Information et de Coordiantion המרכזים משלבים בין טיפול רפואי וסוציאלי עם דגש על שיתוף פעולה בין אנשי המקצוע והערכה רב מקצועית (Leichsenring, 2004). במודל אחר בצרפת יש דגש על מעורבותו של הרופא הראשוני (תוכנית Coordination). (Stampa et al., 2010; Vedel et al., 2009).

לסיכום, כאשר בוחנים את המודלים והניסיונות לתיאום השירותים במדינות המערב ניתן לאתר בהם מספר מאפיינים משותפים (Johri et al., 2003):

1. ניהול טיפול - Case Management.
2. נקודת כניסה אחת - Single entry point.
3. הערכה גריאטרית כוללנית - Comprehensive Geriatric Assessment.
4. תיאום בין מקבלי ההחלטות, מנהלי הארגונים והספקים.
5. שיתוף פעולה ועבודת צוות רב מקצועי.
6. פיתוח ויישום של מערכת ממוחשבת של תיק הטיפול להגברת התקשורת ולמעקב.
7. בניית תוכנית טיפול אישית (Tailor made), בהתאם לגישה ממוקדת לקוח, בהן הצרכן במרכז.

#### 4. האתגרים לשיפור רצף השירותים בישראל

השירותים לקשישים בישראל מפוצלים בין גורמים שונים ובעיקר בין משרדי הממשלה, קופות החולים, הביטוח הלאומי וארגונים מהמגזר השלישי. ניתן להציג את חלוקת האחריות לפי מימדים שונים:

- ◆ לפי הגורם האחראי למתן השירות - ובעיקר בין משרדי ממשלה (בריאות, רווחה ואחרים) והביטוח הלאומי לבין ספקי שירותים, בעיקר קופות החולים.
- ◆ לפי ספקי השירותים - ובעיקר בין בתי החולים הכלליים (אשפוז אקוטי) לבין בתי החולים לשיקום, מוסדות לאשפוז ממושך ומערכת השירותים של קופות החולים בקהילה (מרפאה, טיפולי בית, מכוני שיקום וכד'). ובהקשר זה, בין הרופא הראשוני (רופא המשפחה) לבין הרופאים במערכת האשפוז.
- ◆ לפי רצף אפידמיולוגי (מניעה ראשונית, שניונית, שלישונית ורביעונית) - בין שירותי קידום בריאות, מניעה ראשונית וגילוי מוקדם (שירותים לקשישים בריאים ומתפקדים ובכלל זה שירותי רווחה) לבין שירותי מניעה שניונית, ובכלל זה המרפאה הקהילתית, אשפוז שיקומי קצר מועד ואחרים, לבין שירותי טיפול ממושך (בקהילה ובאשפוז) לבין שירותים פליאטיביים לחולים במחלות חשוכות מרפא.
- ◆ לפי הגורם המממן - ובעיקר האם מקור המימון הוא ממשלתי, מהביטוח הלאומי, מגורם ציבורי (או רשות מקומית), או פרטי (ביטוחי או out of pocket). לסוגיה הזו יש חשיבות רבה בכל העולם ואף בארץ, בשל התמריצים שיש לכל אחד מהגורמים.
- ◆ לפי מקום מתן השירות - מתייחס לשירותים בקהילה: הרצף שבין המרפאה הקהילתית לבין השירותים לטיפול בית למרותקים לביתם, ולקשר בין בית החולים לקהילה.
- ◆ לפי סוג השירותים - בין מימון ממלכתי לפי תקציב לבין שירותים הממומנים לפחות חלקית על ידי גורמים וולונטריים. לעיתים שירותים וולונטריים משמשים חלופה "ממוסדת" לשירותים ממלכתיים (יד שרה למשל).

בישראל נעשו ניסיונות להתמודד עם הפיצול בין השירותים לקשישים כדי להגביר את התקשורת, שיתוף הפעולה והקשר ביניהם. בעשור האחרון התכנסו מספר וועדות שעסקו בסוגיה זו. נקודת המוצא של כל הוועדות הייתה הצורך להתמודד עם עלייה בתוחלת החיים והעלייה המתמדת במספר הקשישים הנזקקים לטיפול סיעודי. אולם המטרה של כל אחת מהוועדות הייתה אחרת, ועל כן כל אחת מהן ניסחה את המלצותיה בהתייחס לנושאים שבחנה. להלן נציג השוואה בין המלצות הוועדות שפעלו בישראל בנושא.

מודל ים-המלח (2002)	שטסמן (2000)	ליבוויץ (2008)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- שירותי הבריאות והרווחה התרכזו בעיקר בגריאטריה האשפוזית</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- פיצול במתן שירותים</li> <li>- ריבוי שירותים</li> <li>- הצוותים בשדה אינם מצויים בחוקים</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- פיצול שירותים</li> <li>- המתנה ממושכת לאשפוז סיעודי</li> <li>- נטל כבד על הקשיש המוגבל ומשפחתו</li> <li>- נתק של חוק הסיעוד משאר השירותים</li> <li>- בחבב"מ אין רציפות בין סל השירותים לבין אשפוז סיעודי</li> </ul>	<p><b>הגדרת הבעיה ע"י הוועדה</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- שירות יועצים מומחים בגריאטריה בקהילה</li> <li>- ייעוץ גריאטרי במרכזים רפואיים</li> <li>- מרכזים גריאטריים כנותני שירות, יוצרי ומקריני ידע מתקדם</li> <li>- מרגי"ם כמעניקי טיפול ברצף</li> <li>- העמקה וטיפוח הידע</li> <li>- מערך פסיכוגריאטרי</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- רה-ארגון הטיפול בחולה הסיעודי:</li> <li>- איגום משאבי הטיפול בחולה הקשיש במסגרת ארגונית אחת, תוך עבודה משותפת של כל הגורמים בתחום הסיעוד</li> <li>- עבודה משותפת במקום אחד לפי כללים אחידים, תוך שמירת הסמכות של כל אחד מהגורמים</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- העברת האחריות התקציבית לקופות (מותנה בהסכמה על מגוון נושאים)</li> <li>- העברת האחריות למתן השירות לחולה המוגבל בתפקוד (בבית ובמוסד) לידי הקופות</li> <li>- לגבי התוספת השלישית בחבב"מ: שיפור המצב הקיים</li> </ul>	<p><b>מבנה חלופי מומלץ</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- חינוך רפואי</li> <li>- משרה"ב</li> <li>- קופות החולים</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ביטוח לאומי</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- משרה"ב</li> </ul>	<p><b>הגורם המוביל המומלץ</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- משרה"ב</li> <li>- ראש המועצה הלאומית לגריאטריה</li> <li>- קופות החולים</li> <li>- מדען ראשי / מכון גרטנר</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- משרה"ב</li> <li>- ביטוח לאומי</li> <li>- קופות החולים</li> <li>- משרד העבודה והרווחה</li> </ul>		<p><b>גורמים שותפים</b></p>



## 5. הגדרת הצמתים הקריטיים ליצירת רצף שירותים

הצוות איתר צמתים בהם חיוני להגביר את שיתוף הפעולה בין הגופים ודנה באחדים. לעומת הדגש של הוועדות המוצגות בלוח על החולה הסיעודי, הצוות פרס ראייה רחבה יותר והגדיר צמתים קריטיים להתייחס לרצף השירותים הרלוונטיים לכל הקשישים עם בעיות בריאות מורכבות.

**א. שחרור מבית חולים -** קשישים רבים משתחררים מבתי החולים כאשר הם זקוקים לקבלת שירותי בריאות ורווחה ממספר נותני שירות (השנתון הסטטיסטי של הקשישים בישראל, 2010). מכאן נוצר מצב המחייב תהליכי ייעוץ, תכנון ומתן מידע, שכן הקשיש ו/או בני משפחתו אינם יודעים לעיתים למי עליהם לפנות לקבלת השירותים הנחוצים.

**ב. שחרור מבית חולים שיקומי -** בארצות שונות נעשים מאמצים לקדם רפורמות ליצירת שיתוף פעולה רחב יותר, ואף אינטגרציה, בין שירותים בכדי לקדם את מאמצי מערכת השיקום הגריאטרי ולהגדיל את תפוקותיה ויעילותה. שיקום גריאטרי יכול שיעשה בבתי חולים כלליים (במחלקות שיקום כללי), בבתי חולים לשיקום גריאטרי, ובקהילה. מקצועות רבים משתתפים בתהליך השיקום ובכללם רפואה, אנשי מקצועות רפואיים נלווים (סיעוד, פיזיותרפיה, רפוי בעיסוק, רפוי בדיבור) ועובדים סוציאליים. ההחלטה לגבי מסגרת השיקום המתאימה מושפעת ממצבו של הקשיש ומגבלותיו, מיכולתו לקחת חלק בפעילות שיקומית והתועלת הצפויה לו, ממגוון שירותי השיקום הזמינים במקום מגוריו ועוד.

ניתן לאתר קווי דמיון בין שירותי השיקום לקשישים במספר ארצות: דנמרק, הולנד, בריטניה, איטליה, גרמניה, אוסטרליה ואוסטרליה (Lloyd & Wait, 2006; New South Wales Government, 2011; Wagner et al., 2011; Wiesbaden Network, accessed October, 2011).

1. רובם מקומיות, במחוז או המדינה במשטר פדראלי, ובמיעוטן תוכניות כלל-ארציות.
2. התוכניות רואות את נושא השיקום הגריאטרי כחלק מרצף השירותים שהקשישים זקוקים לו.

3. ישנה התמקדות בחיזוק הקשרים בין ההיבטים הרפואיים ובין ההיבטים החברתיים (social care) ובין בעלי מקצועות שונים: רופאים, אחיות, פיזיותרפיסטים, קלינאי תקשורת, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ומרפאים בעיסוק.
4. מחזקות את הקשרים והרצף בין שיקום בבתי חולים ובין שיקום בקהילה, כאשר בתי חולים לוקחים על עצמם לחזק את השיקום בקהילה על-ידי הגשת סיוע ומעקב אחרי קשישים המשתחררים משיקום בבתי חולים לשיקום בקהילה ו/או בבית.

### המלצות

רצף טיפול חשוב בכלל האוכלוסייה, אולם הצורך מחמיר ככל שיש ירידה תפקודית, במיוחד בגילאי +80. קיים צורך בשיפור רצף השירותים לקשישים בשתי רמות: רצף הטיפול בקרב כל נותני השירותים ברמת הקשיש, ודאגה לרצף בין הארגונים השונים העוסקים בטיפול בקשיש ומממנים אותו.

1. יש לדאוג לרצף שירותים ברמה הלאומית ולדאוג לסגירת הפערים הגיאוגרפיים.
2. חשוב לדאוג לרצף בין הקהילה לבתי החולים, ובתוך הקהילה בין כל הגורמים המעורבים בטיפול וליזום שיתופי פעולה כדי להקטין את הבירוקרטיה. במסגרת זו חשוב להבטיח תיאום שוטף בין הצוות במחלקות בית החולים הכללי לבין רופא המשפחה.
3. תכנון השחרור בשיתוף עם נציגי הקופות כדי להבטיח המשכיות ורצף, ומעורבות של גורמי רווחה כאשר יש צורך בכך.
4. לפתח ולבחון מודלים ניסיוניים להבטחת רצף הטיפול והתיאום, על בסיס מודלים מוצלחים בעולם, כגון PACE (טיפול משולב).
5. הבטחת העברת מידע בין המרכיבים השונים של המערכת, תוך התבססות על מערכות מידע שפותחו בארץ ובעולם.

## רשימת מקורות:

- בן נון, גבי, ברלוביץ, יצחק ושני, מרדכי (2010). מערכת הבריאות בישראל, מהדורה שנייה, תל-אביב: עם עובד.
- ברודסקי, ג'ני, שנור, יצחק ובאר, שמואל (עורכים) (2011). קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2010, ירושלים: מכון ברוקדייל.
- ברודסקי, ג'ני, שנור, יצחק ובאר, שמואל (עורכים) (2003). קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2002, ירושלים: מכון ברוקדייל.
- מדינת ישראל, ספר החוקים, מס' 1469, 26 ביוני 1994, עמודים 155-212.
- סיכום הועדה על עתיד הגריאטריה בישראל, ועדה בראשות פרופ' ארתור ליבוביץ (2008), המועצה הלאומית לגריאטריה, משרד הבריאות.
- סיכום כנס יום-המלח השלישי - שירותי הבריאות שבאחריות המדינה: התוספת השלישית, פרק על אשפוז סיעודי (2002), המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- סיכום דיונים והמלצות של ועדת המומחים הבין-משרדית לרה-ארגון של השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים במדינה, ועדה בראשות פרופ' יוחנן שטסמן, (2000).
- Be'land, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield M. A.,Tousignant,P., Contandriopoulos,A. P., Dallaire, L. (2006).A System of Integrated Care for Older Persons With Disabilities in Canada. Results From a Randomized Controlled Trial *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 2006, Vol. 61A, No. 4, 367-373.
- Bergman, H., B'land, F., Lebel, P., Contandriopoulos, A.P., Tousignant, P., & Brunelle, Y. (1997). Care for Canada's frail elderly population: Fragmentation or integration. *Canadian Medical Association Journal*, 157(8):1116-1121.
- Brachman, J.Y. (1999). State issues in the integration of acute and chronic care. *Generations*, 23(2), 9-13.
- Coburn, A. F. (2001). Models for integrating and managing acute and long-term care services in rural areas. *Journal of Applied Gerontology*, 20 (4), 386-408.
- Colmorten, E., T. Clausen, T., & Bengtsson, S. (2005) Providing integrated health and social care for older persons in Denmark. In Leichsenring, K, & Alaszewski, A.M. (eds). Providing integrated health and social care for older persons (pp.139-179). Hansen, J.C. (2008). Community and in-Home Models. *Journal of Social Work Education*, Vol. 44, No. 3 ; Supplement: 83-87.

Herbert R., Durant, P., Dubac, N., & Toungr, A. (2003). PRISMA: A new model of integrated service delivery for frail older people in Canada. *International Journal of Integrated care*, 3(18), ISSN 1568-4156 – <http://www.ijic.org/>.

Hoening, H., & Siebens, H. C. (2004). Research agenda for geriatric rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(11), 858-866.

Johri, M., Beland, F., & Bergman, H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly: A synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (3), 222-235.

Kodner, D. L. (2002). The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Aging and Clinical Experimental Research*, 14 (4), 307-313.

Kodner, D. L. (2003). Consumer-directed services: lessons and implications for integrated systems of care. *International Journal of Integrated Care*, 3, ISSN 1568-4156.

Kodner, D. L. (2006). Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: An exploration of North American models and lessons. *Health and Social Care in the Community*, 14 (5), 384-390.

Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated care*, 4, e10. Retrieved from: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/107/213>. Accessed 18/August 2010.

Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Millbank Quarterly*, 77(1):77–110. Montgomery and Fallis, 2003).

Lloyd, J. & Wait, S.S. (2006). *Integrated Care - A Guide for Policymakers*, London: Alliance for Health and the Future.

New South Wales Government (2011). *Rehabilitation Redesign Project Plan*, Health Services Performance Improvement Branch, New South Wales, Australia.

Roth, G., & Reichert, M. (2004). Providing integrates care for older persons in Germany”, in: Leichsenring, Kai, and Alaszewski, Andy M. (eds.), *Providing*

Integrated Health and Social Care for Older Persons: A European Overview of Issues at Stake, Public Policy and Welfare Series, No. 28, Aldershot, UK: Ashgate, pp. 269-328.

Wagner, Lis, Campbell, Lorna, van der Veen, Roelf, and Leichsenring, Kai (2011). Health Systems and Long-Term Care for Older People in Europe. Modeling the Interfaces between Prevention, Rehabilitation, Quality of Services and Informal Care - an Action Research Project. *International Journal of Integrated Care*, 11, Conference Abstract.

Weber, D. C., Fleming, K. C., & Evans, J. M. (1995). Rehabilitation of geriatric patients. *Mayo Clinic Proceedings*, 70, 1198-1204.

Wiesbaden Network for Geriatric Rehabilitation - GeReNet.Wi,[http://www.gero.uni-heidelberg.de/research/gerenetwi\\_en.html](http://www.gero.uni-heidelberg.de/research/gerenetwi_en.html).

## ו. מדדי איכות לזקנים

קידום האיכות הוא חיוני על מנת להבטיח שהשירותים יענו על הצרכים של הקשישים, ויתרמו להם באופן מיטבי. על מנת להשיג מטרה זו, יש צורך לקיים מערכות של מדידה שוטפת לפי מדדים מוגדרים של איכות הטיפול, שיהיו זמינים ברמה הלאומית, ברמת הספקים, וברמת המטפלים הישירים.

המודל המסורתי שמשמש כמסגרת תיאורטית להגדיר מושגים של איכות כוללים שלושה מרכיבים עיקריים: מבנה, תהליך ותוצאה. ישנם מספר נסיונות בעולם, ביניהם מערכת ה-MDS (Poss, et al., 2010).

במספר מערכות של שירותים לטיפול ממושך, פותחו מערכות מדידה כמו מערכת הבקרה של משרד הבריאות על האשפוז הסיעודי, ושל משרד הרווחה על אשפוז של תשושים. כמו כן, יש נסיונות להגדיר מדדים לטיפול סיעודי בבית הניתן על ידי הביטוח הלאומי (כורזים ואחרים, 1998).

בישראל פותחה מערכת מאד ייחודית של מדדי איכות למערכת הבריאות הקהילתית, המכונים "המדדים הלאומיים". המדדים הלאומיים מהווים בסיס לעבודה בכל הרמות בקופות החולים בכדי לשפר את הטיפול ולקדם את רמת הבריאות. חלק מהמדדים נעצרים בגיל 74, וחלק כלל אינם מתייחסים דיפרנציאלית לצורכי הזקנים. לכן יש צורך להחליט על מדדים לאומיים במסגרת המערכת של הטיפול של הרפואה הקהילתית המטפלת בזקנים. מדדים אלה מיועדים לקדם את הבריאות של אוכלוסייה זו בצורה המותאמת לגילם.

בסיס חשוב לפיתוח המדדים האלו יכול לשמש העבודה של ועדת רוזנברג במסגרת כוח המשימה הישראלי בנושא קידום בריאות ורפואה מונעת (רוזנברג ורסולי, 2011). ועדת רוזנברג הוציאה סט מדדים מבוססי הוכחות בנושא קידום בריאות זקנים. מדדי האיכות לאוכלוסיית הזקנים צריכים להוות חלק בלתי נפרד מהמדדים הלאומיים, וכמו כן שהמדדים הלאומיים יתייחסו לצרכים (השונים) של אוכלוסיית בני 75+.

אפשר גם להתבסס על עבודות שכבר נעשו בקופות שונות - לדוגמה, במכבי יש סמ"ן - סל מדדים ממוחשב נרחב - עם סט מותאם לזקנים שניתן לנתח ברמת מחוז, סניף ורופא (ראה נספח).

חשוב לפעול בשני כיוונים - להוסיף מדדים נוספים לאלו הקיימים, החשובים במיוחד לאוכלוסייה קשישה, ולהתאים את הקיימים באופן יותר ייחודי לאוכלוסייה הזיקנה.

### המלצות

בישראל פותחה מערכת מאד ייחודית של מדדי איכות למערכת הבריאות הקהילתית, המכונים "המדדים הלאומיים". חלק מהמדדים נעצרים בגיל 74, וחלק כלל אינם מתייחסים דיפרנציאלית לצורכי הזקנים. לכן יש צורך להחליט על מדדים לאומיים המיועדים לקדם את הבריאות של אוכלוסייה זו בצורה המותאמת לגילם.

1. יש ערך ומקום להגדיר מדדים מותאמים לגיל זיקנה ("לא צריך למדוד מה שלא חשוב כי קל למדוד").
2. תיפקוד הוא מדד מרכזי בגיל הזיקנה.
3. תיעוד המידע ברמת הפרט וברמת המערכת, מעל גיל מסוים - שיהיה צורך להגדיר מהו.
4. להקים פורום רב מקצועי מיוחד לקביעת מדדי איכות בגיל זיקנה.
5. ניצול מערכות מידע קיימות במערכת - למנוע כפילויות באיסוף מידע.
6. יש לשקול לעומק את הורדתם של מדדים לא רלבנטיים בגיל זיקנה ולהכניס את אותם המדדים הייחודיים.

**רשימת מקורות:**

Arah, O.A.; Westert, G.P.; Hurst, J.; Klazinga, N.S. 2006. "A conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project," *International Journal for Quality in Health Care* 18 Supplement 1: 5-13

Breslow L. (1999). "From Disease Prevention to Health Promotion", *JAMA* 281, 1030-1033 pp.

Kelley, E.T.; Arispe, I.; Holmes, J. 2006. "Beyond the Initial Indicators: Lessons from the OECD Health Care Quality Indicators Project and the US National Healthcare Quality Report." *International Journal for Quality in Health Care* 18 Supplement 1:45-51.

Marshall, M., Leatherman S. et al. (2004). "Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention & Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries". OECD Health Technical Papers 16. Paris, Organization for Economic Co-operation & Development

Rosen, B.; Porath, A.; Pawlson, L. G.; Chassin, M. R.. Benbassat, J. 2011. Systems for Monitoring Quality of Community Healthcare in Israeli Health Plans and US Managed-Care Organizations Myers-JDC Brookdale 2011

Rosen, B.; Nissanholtz-Gannot, R. 2010. From Quality Information to Quality Improvements - Interim Report: Summary and Analysis of Interviews with Health-Plan Managers, Myers-JDC Brookdale Institute.

Poss J.W., Jutan N.M, Hirdes J.P., Fries B.E., Morris J.N., Teare G.F, Reidel K. 2008. "A review of evidence on the reliability and validity of Minimum Data Set data". *Healthcare Management Forum*, Volume 21, Issue 1, Spring 2008, Pages 33-39

כורזים, מ.; כאהן-סטרבצ'נסקי, פ. 1998. תקני איכות לעבודת מטפלת בית בזקן. מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.

רוזנברג, א.; רסולי א. הנחיות מניעה לגיל 65 ומעלה, 2011. עבודה במסדרת עדכון הנחיות כוח המשימה הישראלי בנושא קידום בריאות ורפואה מונעת.



### 3. סיכום

הזדקנות החברה בישראל היא עובדה דמוגרפית, והאתגר העומד בפנינו הוא תוצאה של הצלחה. בד בבד חלים גם שינויים במאפייני האוכלוסייה אשר אף הם קובעים את רמת ההזדקקות למשאבים ואת סוג השירותים הדרושים. מערכת השירותים בישראל נמצאת בתהליך מתמשך של היערכות לקראת השינויים המתרחשים, ובמקביל לשינויים הסוציו-דמוגרפיים, החברתיים, הכלכליים והבריאותיים בקרב האוכלוסייה הקשישה, גם מערכת השירותים עוברת שינויים רבים. הללו באים לידי ביטוי לא רק בהרחבה בהיקף השירותים המסופקים, אלא גם בעקרונות המנחים את פיתוחם ובדרך הספקתם. עקב פיתוח מתמשך של טכנולוגיות, ידע וגישות מקצועיות חדשות המשנות את דרכי העבודה ואת היעדים אליהם ניתן ורצוי להגיע.

קבוצת העבודה פרסה חזון והציעה יעדים רחבים להתמודדות עם תהליך ההזדקנות בעתיד. החזון מבוסס על עקרונות של: כבוד, הזדקנות פעילה, קידום בריאות, ושמירה מרבית של הבריאות והתפקוד בתקופת הזיקנה, המשך מגורים של הקשישים בקהילה, שירותי בריאות איכותיים עם דגש על שמירה וחזרה לעצמאות תפקודית, וסיום מכבד של החיים. קביעת יעדי הבריאות מתבססים על ההחלטות של ועידת מדריד של האו"ם 2002.

במסגרת הדיונים בכנס יום-המלח, הקבוצה התעמקה בחשיבות של זיקנה פעילה כדי לשמור על בריאות הזקנים, וכדי לאפשר המשך תרומתם היצרנית של הזקנים לחברה. מתוך תפיסה שהמקום האופטימאלי לאוכלוסייה המבוגרת היא בסביבה הטבעית שלה, בקהילה ובביתה, נוסחו המלצות הנוגעות למערכת השירותים הקהילתיים עם דגש מיוחד על הצורך בקביעת מדיניות לתמיכה במשפחת הקשיש. לאור ההתרחבות של מחלת הדמנציה והאתגרים הייחודיים של תמיכה בקשיש עם דמנציה ובמשפחתו, הקבוצה הקדישה פרק מיוחד לדיון וניסחה המלצות. המלצות אלה כוללות העצמת רופאי המשפחה והצוות הרב מקצועי להערכה וטיפול ופיתוח נוסף והרחבה של שירותים מיוחדים לחולים עם דמנציה ובני משפחותיהם. כדי להתמודד עם האתגרים בצורה יעילה, קיים צורך בשיפור רצף השירותים לקשישים בשתי רמות: רצף הטיפול בקרב כל נותני השירותים ברמת הקשיש, ודאגה לרצף בין הארגונים השונים העוסקים בטיפול בקשיש ומממנים אותו. ההמלצות של הקבוצה התמקדו בצורך בשיפור התיאום בצמתים קריטיים ופיתוח מודלים בהתבסס על הניסיון בישראל ובעולם. נושא חשוב נוסף שזכה להתייחסות

של הקבוצה הוא הצורך להגדיר ולמדוד את איכות השירותים לזקנים. הקבוצה ממליצה להחליט על מדדים לאומיים המיועדים לקדם את הבריאות של אוכלוסייה זו בצורה המותאמת לגילם.

הנושא של מידע לאוכלוסיית הזקנים ובני משפחותיהם כדי לאפשר להם למצות את זכויותיהם, ומערכות מידע לתמיכה מערכתית בטיפול בקשישים והבטחת רצף הטיפול, עלה בכל הדיונים של הקבוצה. הועלה הצורך בפיתוח תכנית אסטרטגית לניהול והספקת המידע.

הדיון במסגרת כנס ים-המלח חיזק את הצורך בהשקעת המשאבים הנדרשים כדי לממש את היעדים.

## נספח

טבלת תכנון מדדי איכות, מכבי שירות בריאות - דוגמה להמחשה

#	תיאור	מכנה	מונה
<b>א. מדדי תהליך - מניעה, קידום בריאות וגילוי מוקדם</b>			
1	חיסון שפעת עונתי	בני +65	שקיבלו חיסון נגד שפעת בעונת השפעת האחרונה
2	חיסון פנאומוקס	בני +65	שקיבלו חיסון פנאומוקס פעם אחת אחרי גיל 65 או בחמש שנים האחרונות
3	הדרכה לפעילות גופנית	בני +65	שקיבלו הדרכה לפעילות גופנית, בביקור אצל גורם מטפל כלשהו, לפחות פעם אחת בשנה האחרונה
4	סקירה לסרטן השד	נשים בגיל 65-74	שעשו ממוגרפיה בשנתיים האחרונות
5	איתור מוקדם של אוסטיאופורוזיס	נשים בגיל +69	שעשו בדיקת DEXA ב-5 שנים אחרונות
6	סריקת חדות הראיה	בני +75	שנעשתה להם בדיקת חדות הראיה אצל רופא או אחות, בשנה האחרונה

#	תיאור	מכנה	מונה
7	סריקת חדות השמיעה	בני +75	שנעשתה להם בדיקת חדות השמיעה אצל רופא או אחות, בשנה האחרונה
8	איתור דכאון	בני +65, שאין להם אבחנת דכאון בתיק הרפואי	שנעשה שימוש בשאלון לאיתור דכאון, בביקור אצל רופא או אחות, לפחות פעם אחת בשנה האחרונה
9	אבחון ורישום דכאון	בני +65	שנרשמה להם אבחנת דכאון בביקור אצל רופא בשנה האחרונה
10	איתור סיכון לירידה במצב התפקודי	בני 65-74 בני +75	שעברו הערכה ע"י שאלון VES13 בביקור אצל גורם מטפל כלשהו לגיל 65-74: לפחות פעם אחת בשנתיים האחרונות לגיל +75: לפחות פעם אחת בשנה האחרונה
11	מדידת לחץ-הדם	בני +65	שנמדד להם לחץ-הדם לפחות פעם אחת בשנה האחרונה
12	מדידת משקל וגובה ועדכון מדד מסת הגוף	בני +65	שנמדדו להם המשקל וגם הגובה לפחות פעם אחת בשנתיים האחרונות
13	ביצוע כל בדיקות המעבדה המומלצות	בני +65	שעשו בשנה האחרונה את כל בדיקות הדם המומלצות לגיל
<b>ב. מדדי תהליך - בטיחות השימוש בתרופות</b>			
14	אי-שימוש בתרופות לא מומלצות	בני +65	שלא קנו אף תרופה מרשימת התרופות הלא-מומלצות, בשנה האחרונה
15	אי-שימוש בשילובי תרופות מסוכנים	בני +65	שלא קנו אף שילוב מרשימת השילובים המסוכנים, בשנה האחרונה
*	בקרה תקופתית של סל התרופות	בני +65	שנעשתה להם בקרה רוטינית של סל התרופות לפחות פעם אחת בשנה האחרונה, בביקור אצל רופא או אחות

#	תיאור	מכנה	מונה
<b>ג. מדדי תהליך - חולים השייכים ליחידה לטיפול בית</b>			
16	יצירת קשר בזמן	מטופלים, שהופנו ליחידה לטיפול בית	שביקר אצלם איש צוות תוך 72 ש' מקבלת ההפניה ביחידה
17	ביצוע הדרכה למיצוי זכויות	מטופלים, שהתקבלו ליחידה לטיפול בית בחודש האחרון	שהם והמטפל העיקרי שלהם קיבלו הדרכה למיצוי זכויות
18	ביצוע מעקב ראוי	מטופלים, המשויכים ליחידה לטיפול בית בריתוק כרוני	שביצעו בשנה האחרונה מעקב בעל המאפיינים הללו: * ביקור רופא לפחות אחת לרבעון * הערכה מלאה, רב-תחומית, לפחות פעמיים בשנה
*	הקמת תכנית טיפול ראויה	מטופלים, שהתקבלו ליחידה לטיפול בית בחודש האחרון	שנעשתה להם תכנית טיפול בעלת המאפיינים הללו: 1. ע"י צוות רב-מקצועי 2. בדו-שיח עם המטפל העיקרי והמטופל, תוך שיתופם והתאמת התכנית להם 3. הוגדרו יעדי טיפול 4. הוגדר Case Coordinator 5. הוצאה בכתב

#	תיאור	מכנה	מונה
<b>ד. מדדי תהליך - טיפול ומעקב במצבים בריאותיים כרוניים</b>			
19	טיפול בחולים עם אוסטיאופורוזיס: בירור גורמים	בני +65 עם אבחנה של אוסטיאופורוזיס	שעברו בירור לגורמי המחלה תוך 3 חודשים מהאבחון הראשוני
20	טיפול בחולים עם אוסטיאופורוזיס: לקיחת תרופה יעודית	בני +65 עם אבחנה של אוסטיאופורוזיס	שקנו בשנה האחרונה תרופה יעודית לפחות 3 רבעונים
21	טיפול בחולים עם אוסטיאופורוזיס: לקיחת סידן + ויט. D	בני +65 עם אבחנה של אוסטיאופורוזיס	שקנו בשנה האחרונה סידן + ויטמין D לפחות 3 רבעונים
22	טיפול בחולים עם אוסטיאופורוזיס: הדרכת פעילות גופנית	בני +65 עם אבחנה של אוסטיאופורוזיס	שהיו בהדרכה יעודית לפעילות גופנית בשנה האחרונה
23	טיפול בחולים עם אוסטיאופורוזיס: הדרכת מניעת נפילות	בני +65 עם אבחנה של אוסטיאופורוזיס	שקיבלו הדרכה יעודית למניעת נפילות בשנה האחרונה
24	טיפול בחולים עם אוסטיאופורוזיס: מעקב רוטיני יעודי	בני +65 עם אבחנה של אוסטיאופורוזיס	שהיו בביקור מעקב למחלתם לפחות פעם אחת בשנה האחרונה
25	טיפול בחולים עם אוסטיאופורוזיס: בדיקת DEXA למעקב	בני +65 עם אבחנה של אוסטיאופורוזיס	שביצעו בדיקת DEXA שנתיים אחרי האבחון הראשוני

## צוות 2 תשתיות: מתקנים, ציוד וכוח-אדם

*"בן שישים לזקנה, בן שבעים לשיבה; בן שמונים לגבורה..."*  
(אבות, פרק ה' משנה כ"ו)

"אמנם, העולם דהאידיא מקדש את הצעירות, בניגוד לעולם העתיק שהזיקנה נתפסה בו כמביאה בכנפיה ניסיון וחכמה. הציבור מולעט בתקשורת בסיפורי הצלחה של צעירים, שכמובן יש עמם חן, רעננות ואנרגיות; אך דרכם של קשישים לא תמה, הן בשל התארכות תוחלת החיים והן בשל היכולת והצורך לנצל את הידע והניסיון שרכשו. בעולם שמעבר למסגרות העבודה ה"רגילות" יש הממשיכים לתרום עד גיל גבוה - בתחום הפוליטי, בתחומי המדע והרוח ועוד. נקרב מבטנו לאתוס היהודי, שבו נתפסה הזיקנה כמקבילה לחכמה "בישישים חכמה ואורך ימים תבונה" (איוב י"ב, י"ב). בעולם המקראי, הזקנים הם המנהיגים ולמעשה גם השופטים "ויצאו זקניך ושופטיך" (דברים כ"א, ב'). על הפסוק "מפני שיבה תקום והדרת פני זקן" (ויקרא י"ט, ל"ב) אמרו חכמים (בבלי קידושין ל"ב, ב') "ואין זקן אלא חכם, שנאמר (במדבר י"א, ט"ז), "אספה לי שבעים איש מזקני ישראל" (הם לימים הסנהדרין, בית הדין הגדול - א"ר). ר' יוסי הגלילי אומר, אין זקן אלא מי שקנה חכמה, שנאמר "ה' קנני ראשית דרכו (משלי ח', כ"ב)".

(כבוד השופט אליקים רובינשטיין. בג"צ 4487/06, ד"ר בנימין קלנר ואח' נ' בית הדין הארצי לעבודה ואח', ניתן ב-25.11.2007)

### 1. מבוא

אוכלוסיית הקשישים בישראל הולכת וגדלה (ברודסקי, שנור וברא, שנתון סטטיסטי, 2010). הגידול בקשישים, המתמודדים עם מחלות מורכבות יותר וכרוניות מחייב את החברה לפעול ביתר שאת למציאת פתרונות לבעיותיהם.

חשוב לזכור שאל לנו להתבונן על הקשיש וצרכיו רק דרך צוהר הבריאות. נהפוך הוא, ככל שנצליח להתבונן על צרכיו הכוללים של האדם הזקן כך נצליח להקטין את צרכיו הרפואיים. על מנת להבטיח איכות חיים לקשיש יש לספק את צרכיו

החברתיים, התזונתיים, התרבותיים, משק ואחזקה, בטחון אישי וכדומה. ככל שאלה יהיו נגישים ומשמעותיים יותר כן יפחת הצורך בטיפול הרפואי.

להיות קשיש זה לא רק מחלות, קשיים וחוסר אונים. גיל הזהב טומן בחובו פוטנציאל אדיר של מיצוי, של שיתוף בידע ובניסיון החיים, של התבוננות מושכלת, עם אורך רוח על תהליכים ועל בעיות בכל תחומי החיים. גיל הזהב יכול להיות העדנה והקצפת של החיים, בו ניתנת לאדם הזדמנות להביט לאחור על הישגי חייו בתחום האישי, התעסוקתי והחברתי וליהנות מפרות עמלו.

חובתנו החברתית היא לאפשר לו לעשות זאת, עד כמה שניתן. היום כשגיל הפנסיה ותקופת הזיקנה ארוכים מבעבר, מחויבותנו לאפשר לקשיש, להיות עסוק ופורה, להיות בריא עד כמה שניתן ולהיות בעל יכולת לממש את זכויותיו.

תהליך ההזדקנות במאה ה-21 אינו דומה כלל לתהליך ההזדקנות בעבר. תוחלת החיים של האדם הקדמון עמדה על כ-30 שנים (Caspari & Lee, 2004). בצרפת, באמצע המאה ה-18 תוחלת החיים הממוצעת הייתה 27 שנים בלבד, ורק 21% מכלל הגברים חגגו את יום הולדתם ה-60. (בן עמי סלע, 2003), באמצע המאה ה-19 החלה תוחלת החיים לעלות ועמדה על כ-50 שנים.

ארגון הבריאות העולמי (WHO) אימץ את המונח "הזדקנות פעילה" (ACTIVE AGING). על פי גישה זו לבני 65+ תהיה הזדמנות ליהנות ממלוא פוטנציאל הבריאות שלהם ולמלא תפקיד פעיל בחברה. מטרת התכנית להביא לכך שיותר קשישים בני שמונים ומעלה יהנו מחיים בריאים בסביבה הביתית שלהם וכי יהיו להם אוטונומיה, כבוד עצמי ומקום בחברה.

גישה זו מבוססת על זכויות אדם ועקרונות של אוטונומיה, עצמאות, השתתפות, כבוד, דאגה ומימוש עצמי. גישה זו הנה גישה "מבוססת זכויות" ומכוונת את החברה לפעולה תוך שיתוף הקשיש ומתן שוויון הזדמנויות במקביל לטיפול בקשישים בכל מישורי החיים. זאת, בשונה מגישה "מבוססת צרכים" המניחה שהזקנים הם יעד פסיבי, ופועלת לטובת הקשישים אך ללא שיתופם. (Active Aging policy framework. WHO. 2002).

## 1.1 הזיקנה ביהדות

היהדות מקדישה מקום משמעותי לכבוד לזקן. אחת מעשרת הדיברות הנה "כבד את אביך ואת אמך למען יאריך ימך על פני האדמה" (שמות, כ, י"ב) וכן "מפני שיבה תקום והדרת פני זקן" (ויקרא, י"ט, ל"ב). הזקן ביהדות נתפס כאדם חכם, בעל ניסיון, שראוי ללמוד ממנו. הכתבים היהודיים משופעים במקורות ובסיפורים על בינתו של הקשיש, על הצורך לשמוע בקולו, ללמוד ממנו ולהחכים מחכמת חייו.

הכבוד בו מצווים הצעירים כלפי הזקנים מתבטא במחויבות במעשים שונים, כמו: לקום לכבודם, לשמוע לדבריהם וכולי. הלכות רבות סובבות סביב קשישים וישנן התייחסויות ספציפיות לקיום מצוות כלפי קשישים ושל קשישים. בכל הקשור לכיבוד הורים - נובעת החובה לכבדם גם מהכרת הטוב, שעלינו לחוש כלפי הורינו, בייחוד בתקופת זיקנתם, שאז מצטמצמת היכולת שלהם לדאוג לעצמם.

אריכות ימים הנה ברכה חשובה ביהדות ומי שזוכה לאריכות ימים נתפס, בדרך כלל, כאדם גדול ומבורך. היהדות מהללת את הזקן אך ערה לכך שזיקנה עלולה להיות גם עול, הן על הקשיש והן על משפחתו וכן ערה לקושי של הקשיש החולה, שמאס בחייו וחי חיי ניוול (כהגדרת הילקוט שמעוני).

## 1.2 הקשישים בישראל

הדוח לתכנון המערך הגריאטרי לשנים הבאות הוגש בספטמבר 2011 על ידי ועדה שמונתה על ידי מנכ"ל משרד הבריאות. הועדה עסקה, בבחינת השלכות ההזדקנות על המערך לצורכי כוח-אדם בשירותים האוניברסאליים ובשירותים הייעודיים לקשישים. הדוח של הועדה שימש כבסיס חשוב לעבודת הצוות. (הועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי לשנים 2010-2020 ולשנים 2020-2030)<sup>1</sup> (להלן: "דוח שטסמן"). אוכלוסיית מדינת ישראל כוללת קרוב ל-800,000 בני 65 ומעלה, כמחצית מהם עברו את גיל 75, וכרבע מעל גיל 80. (ברודסקי, שנור ובאר, שנתון סטטיסטי, 2010). הועדה הדגישה את העליה הדרמטית הצפויה במספר הקשישים (בשנת

1 גידול של 84% באוכלוסיית הקשישים בתוך 21 שנים מול גידול של 32% בלבד בקרב כלל האוכלוסייה.



2030 יגיע מספרם ל-1,367,000), כאשר קצב הגידול שלהם גדול מקצב הגידול של האוכלוסייה בצורה דרמטית<sup>2</sup>. העלייה במספר הזקנים המוחלט מחייבת התייחסות להרחבת תשתיות ומשאבי כוח-אדם.

בנוסף, יש גידול מתמיד בתוחלת החיים (נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה). תוחלת חייהם של גברים בישראל עמדה בשנת 2010 על 79.7 שנים לעומת 70.1 שנים בשנת 1971, ואצל נשים על 83.4 לעומת 73.4 בהתאמה.

אוכלוסיית הקשישים מאופיינת בירידה ברזרבות הגופניות להתמודדות עם מצבי עקה גופנית, ומחלה. ואכן בסביבות גיל 60 חל שינוי בגרף התחלואה לגרף אכספוננציאלי בכל סוגי התחלואה: זיהומים, גידולים, מחלות כלי דם, מחלות דרכי הנשימה, מחלות לב וכליה, מחלות מטבוליות, דיכאון, מחלות דלקתיות, מחלות ניווניות - בעיקר של המוח ותאונות לסוגיהן. כתוצאה מכך שיעור האוכלוסייה המוגבלת בקרב הזקנים גבוה במיוחד והולך וגדל עם הגיל.

בנוסף, וכפי שתואר בפירוט בדוח שטסמן, תקופת הזיקנה טומנת בחובה שינויים בתחומים שונים, כגון: שינויים חברתיים ותעסוקתיים, שינויים ברמת התפקוד הפיזי והחושי, ירידה קוגניטיבית והשפעות פסיכולוגיות שונות. כל אלה מחייבות התייחסות חברתית טרום תקופת הזיקנה, שתאפשר מסגרת חיים מסודרת, תועלתית וטובה לקשישים ולכלל האוכלוסייה בישראל.

### 1.3.1 הקשישים כחלק מהותי באוכלוסייה

חשיבות יתרה יש ליחס לרצון הזקנים המעוניינים להרגיש חלק מהחברה ולא "אוכלוסייה נפרדת". הזקנים החיים היום בישראל אינם רוצים להרגיש מופלים מהאוכלוסייה הכללית ומסגרות ייחודיות עבורם אינן מתקבלות על ידם בברכה - אלא אם הן באות בנוסף למה שמוצע לצעירים, וכל עוד הבחירה הינה שלהם. התפיסה הרווחת היום היא של AGING IN PLACE - תפיסה על פיה ישנו יתרון בולט להזדקנות בסביבה הטבעית של הקשיש. המסגרות החוץ ביתיות השונות, למשל מסגרות הקיבוץ והדיור מוגן, זוכות להצלחה כל עוד הן מבוססות על בחירתו החופשית של הזקן.

2 הדוח לקח בחשבון רק את הגידול הדמוגרפי הצפוי ולא ניכנס לשינויי מדיניות במתן שירותים העלולים להשפיע על הצרכים.

ברמה החברתית קיימת התופעה של גילנות (AGEISM), הפלייה של אדם הנובעת מגילו. (Kirkpatrick et al., 1987; Nelson, 2002; Kramarae and Spender, 2000) תופעה זו זוכה להתייחסות מצד הממוסד האקדמי והן מצד הממוסד הרגולטורי, המחוקק חוקים נגד הגילנות (כך למשל: חוק שיוויון הזדמנויות בעבודה, התשמ"ח-1988, חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 ועוד) ובתי המשפט פסקו נגד תופעה זו<sup>3</sup>. הדרישה ההולכת וגוברת לפעול כנגד התופעה (Gutman and Spencer, 2010 וכן ראה במהדורה חדשה משנת 2010 שערכו Giddens and Sutton) מצביעה גם על קיומה הנרחב.

המשפחה שעליה מבוסס חלק ניכר מעומס הטיפול בקהילה, משתנה בשנים האחרונות ואינה תומכת בקשיש המוגבל כבעבר, גם מבחינה פיסית וגם מבחינת זמינות. אמנם, על פי החוק לתיקון דיני משפחה (מזונות), התשי"ט-1959 ילדים חייבים במזונות הוריהם הקשישים, אך כיום, רבים מעדיפים שלא לטפל ישירות בבני המשפחה הזקנים ומעדיפים לשכור עבורם שירותי טיפול או להעבירם למוסד.

הקשיש היום נמצא במצב מתקדם יותר מבחינת היכולת הטכנולוגית והטיפולית בו וישנם טיפולים רפואיים וטיפולים משמרים ושיקומיים רבים, אך יכולתו של הקשיש לצרוך טיפולים אלו אינה זהה ליכולתו של אדם בוגר, הן מהבחינה הטכנית והן מבחינת המסוגלות הנפשית.

כחברה, מוטלת עלינו חובה לדאוג לקשישים בינינו, בין היתר, על מנת להביע את הערכתנו על תרומתם. על מנת לאפשר לקשישים החיים בינינו הזדקנות ראויה יש לפעול ליצירת תשתיות במספר תחומים:

1. תשתיות כוח-אדם לטיפול בקשיש
2. תשתית סביבתית ראויה להזדקנות מוצלחת
3. מערכת מתואמת לסיוע לקשיש

בפרקים הבאים נדון בתשתיות הדרושות לכל אחד מהתחומים הללו.

## 2. תשתיות כוח-אדם לטיפול בקשיש

יש לראות את נושא כוח האדם המטפל בקשיש בהקשר הרחב יותר של כוח אדם במערכת הבריאות. המעגל הסובב את הקשיש מורכב ממטפלים בתחומים שונים ומבני משפחה קרובים. קבוצת המטפלים מורכבת מכוח-אדם מקצועי ומכוח-אדם שאינו מקצועי. פרק זה ידון בנושאים הקשורים לכוח האדם המטפל בקשיש. דוח שטסמן דן אף הוא בהרחבה בצרכים בתחום זה, וקבע כי יש לתת תמריצים משמעותיים להתמחות ולעבודה בתחום הגריאטריה, וכן לקבוע תקנים של צוותים רב מקצועיים (ראה פרק ד' לדוח). אנו נדון בעיקר בכל הקשור להכשרה ופיקוח של קבוצת העובדים ככוח עזר המטפל בקשישים.

בשאלות הדנות במטפלים בקשיש יש להפריד בין שלוש קבוצות אוכלוסייה:

- ◆ קשישים בריאים ועצמאיים.
- ◆ קשישים חולים הזכאים לגמלת "חוק סיעוד" (סיעודיים, כרוניים, בשיקום, תפקוד לקוי).
- ◆ מצב כרוני
- ◆ מצב אקוטי
- ◆ קשישים במצב ביניים - קשישים שמצבם התדרדר ואינו כתמול שלשום, אך עדיין אינם זכאים לגמלת חוק סיעוד.

### 2.1 כוח-אדם במערכת הבריאות

בעשור האחרון ישנו מחסור כללי בישראל בתחום כוח האדם הרפואי ובתחום מסגרות האישפוז. מחסור זה הלך והחריף בשנים האחרונות. שיעור הרופאים לנפש נמצא בתהליך ירידה<sup>4</sup>, בין הסיבות למיעוט מספר הרופאים בישראל ניתן לציין את סיום עבודתם של הרופאים שהגיעו בגל העלייה מברית המועצות לשעבר, את תהליך ההזדקנות של הרופאים הקיימים וכן את הירידה במספר הרופאים החדשים שמייצרת המדינה, יחסית לגידול באוכלוסייה. אמנם, בשנים האחרונות החלו בתי הספר לרפואה להגדיל את כמות הרופאים אך עדיין אין בכך כדי להדביק את

4 על אף שבשנת 2009 הייתה עליה קטנה, עדיין אין בכך להשלים את כמויות הרופאים הדרושות בארץ (משרד הבריאות, כוח-אדם במקצועות הבריאות, 2009).

הפער של 25 השנים בהן לא היה גידול במספר הסטודנטים לרפואה והאוכלוסייה הכפילה את עצמה (משאבי אנוש במקצועות הבריאות - דוח כנס יום-המלח, 2008).

במקביל למגמה זו, תשתיות האשפוז התקדמו אך במעט מבחינה כמותית, הן במספר המיטות והן במספר המחלקות. תשתיות אלו משמשות בסיס עיקרי לחינוך כוח-אדם במערכת הבריאות. כתוצאה ממספר המיטות הנמוך לאדם, עם כל משמעותיותו על כוח האדם הזמין לטיפול, התקצר האשפוז הממוצע במרכזים הרפואיים האקוטיים בצורה קיצונית והוא מן הקצרים בעולם המפותח. גם השהייה באשפוז בישראל היא מהנמוכים בעולם המערבי ועומדת על 4.1 ימים ועבור בני 65+ על 5.5 ימים (קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי, 2010).

במצבי משבר, כגון זה, האוכלוסייה הנפגעת היא בדרך כלל האוכלוסייה החלשה יותר, וככל שמדובר בתחום הבריאות הרי שהאוכלוסייה הפגיעה יותר הנה אוכלוסיית הזקנים המהווים כשני שלישי מהמאושפדים במחלקות הפנימיות והכירורגיות לסוגיהן. עובדה זו וסיבות נוספות, כגון: סירוב של זקנים להתפנות לבתי חולים, מובילות להעצמת העיסוק בטיפול בקשישים בקהילה, הן בטיפול הביתי בהם והן בטיפול במסגרת המרפאה. המטפלים בקהילה נדרשים, יותר מבעבר, להתמודד עם בעיות שהיו מנת חלקם של מוסדות אשפוז בלבד. מימד זה מקבל ביטוי חלקי בלבד בתהליך ההכשרה של המטפלים בתחומי הטיפול השונים (רופאים, אחיות, פארא רפואיים), עובדה אשר עלולה להוביל לפערים בטיפול בקשיש ולמענה חלקי לצרכיהם.

יש ניסיונות לפתח חלופות אשפוז בקהילה (אשפוזי יום, מרפאות מתוחכמות, מר"מים וכדומה) אך הקפם מוגבל ובנוסף, זקן שחי לבד לא תמיד מסוגל להגיע למקומות אלו או אפילו להתקשר ולבקש שיגיעו אליו. בדיקות רבות וכן טיפולים שונים אינם יכולים להיערך בבתיהם של הקשישים והם נדרשים להגיע למסגרות טיפוליות שונות (מרפאה, בית חולים, מכון), דבר המקשה עליהם לקבל את הטיפול הנכון. הצורך לקבל טיפולים במספר מסגרות במקביל גורמים לקשיש, פעמים רבות, לוותר על הטיפול לו הוא זקוק - מצב שמוביל לפגיעה נוספת במצבו. לפיכך, בעוד שחלופות אשפוז נותנות מענה לאוכלוסייה מתפקדת, אוכלוסיית הקשישים, היורדת בתפקודה בצורה משמעותית בעקבות מחלה או תאונה זקוקה יותר למערכות האשפוז כי יכולתה להשתמש בחלופות פחותה יותר.

## 2.2 רפואה גריאטרית

הרפואה הגריאטרית מהווה מרכיב מרכזי ברפואה הפנימית ובשנים האחרונות אנו עדים לעליה דרמטית בשיעור הפרסומים בעיתונות הרפואית הכללית בנושאי הזיקנה. הרפואה הגריאטרית כמקצוע-על עוסקת בתהליכים ובמשמעותם, ולא במערכות הגוף, כמו יתר מקצועות העל ברפואה הפנימית. העיסוק בתהליך מעמיד את רפואת הזיקנה במעמד שונה מיתר מקצועות העל (בדומה לרפואת ילדים, העוסקת גם היא בתהליך הגדילה ולא רק במחלה או במערכת "לא מתפקדת"). רפואת הזיקנה מאופיינת בשני מרכיבים עיקריים המעניקים לה את הייחוד שלה כמקצוע על:

1. הבנת תהליכי ההזדקנות והשפעתם על תהליכי התחלואה, הריפוי והתפקוד של האדם הקשיש.
2. ראייה כוללת הכוללת התייחסות לתפקוד הפיזי והקוגניטיבי של האדם הזקן. העבודה של צוות רב מקצועי היא בסיס לעבודה עם הקשיש.

רפואת הזיקנה צריכה להיות נחלת רוב הרופאים במערכת. בדוח שטסמן הומלץ, בין היתר, לחייב מומחים ומתמחים ברפואת המשפחה לעבור השתלמות בגריאטריה, בכדי לבנות את הבסיס של הידע לטיפול בחולים הקשישים (ראה בהרחבה בפרק ד לדוח).

מעבר לכך ישנו הצורך להגדיל את מספר המומחים בגריאטריה. בעשור האחרון מספר הרופאים הגריאטריים המומחים כמעט הכפיל את עצמו, ומידי שנה הוסמכו 20-30 מומחים חדשים (דוחות המועצה המדעית של הר"י על מספרי העוברים בחינות שלב ב). על אף הגידול, אנו נמצאים במחסור בתחום הגריאטריה (פרס וקלרפילד, 2007; דוח שטסמן, 2011).

השינוי בהרכב האוכלוסייה מצביע על הצורך בהגברת החינוך בתחום זה במסגרת החינוך הרפואי הכללי וזאת בנוסף לצורך במומחים ייעודיים. ואכן בשנים האחרונות אנו רואים שינוי מגמה בתחום זה:

1. רפואת הזיקנה הוכנסה כמקצוע חובה בכל בתי הספר לרפואה בארץ.
2. במסגרת ההתמחות ברפואת משפחה ורפואה פנימית הוכנס נושא רפואת הזיקנה והרפואה הפליאטיבית לבחינות ההתמחות.

3. במקצועות אחרים יש קבוצות התמקדות בנושאי הזיקנה.

כמובן שתהליכים אלו, שהחלו בשנים האחרונות, צריכים להתרחב ולהעמיק יותר.

### 2.3 סיעוד גריאטרי (אחיות)

גם בתחום הסיעוד חלה ירידה משמעותית במספר האחיות לנפש (נתוני משרד הבריאות) וביכולת מערכת הבריאות להגדיל את הכשרת האחיות במסגרות הקיימות. ישראל עומדת במקום נמוך בין המדינות המפותחות במספר האחיות לנפש (השוואות למדינות OECD, <http://www.health.gov.il/download/pages/OECD2007.pdf>). בישראל, אין כיום התמחות של אחיות בגריאטריה אך ישנן אחיות בעלות מיומנויות מקצועיות והכשרות ייעודיות בתחום ולהן תפקיד מרכזי בניהול הטיפול בקהילה: ניהול הטיפול, אומדן מצבו של הקשיש וסביבתו, זיהוי מוקדם של התדרדרות (תפקודית/ מנטלית/ תזונתית ועוד) מתן מענה מידי לצד הפניה לגורמים מקצועיים נוספים בהתאם לצורך. ריכוז כל בעיותיו הבריאותיות של הקשיש בידי גורם אחד, המהווה גם כתובת לפניות למטופל ומשפחתו, מסייעים לשימור מצבו התפקודי של הקשיש ועצירת ההתדרדרות.

הצעה לדרך התמודדות נוספת היא יצירת מקצוע חדש בשטח הסיעוד שנקרא "אחות מומחית בגריאטריה". הנושא, אמנם, שנוי במחלוקת בקרב הקהילה הגריאטרית בארץ. משרד הבריאות החליט לצאת בניסוי של תוכנית זאת במספר מרכזים גריאטריים וזאת על מנת להכשיר וליישם מקצוע חדש זה. עד עתה הוגדרו, על ידי מינהל הסיעוד במשרד הבריאות, הסמכויות והוגדר תהליך ההכשרה וזאת באישור מנכ"ל משרד הבריאות.

תהליכים כלליים במקצוע הסיעוד, כמו התמקצעות מקצוע האחות והאקדמיזציה שלו תרמה רבות לאיכות הטיפול בחולים בכלל ובזקנים בפרט, אך מאידך, הביאה לסגירתם של מוסדות הכשרה לאחיות מעשיות והסמכתן של מרבית האחיות המעשיות. הצרכים הגדלים בכוח-אדם סיעודי מעוררים את השאלה אם יש מקום להשאיר מסגרת הכשרה זו. במידה שיוחלט להשאיר, בצורה זו או אחרת, את מסגרת ההכשרה המעשית, יש לפעול להרחבה בסמכויות ובאחריות אותה נושאת האחיות הן בבתי החולים, הן במוסדות הייעודיים לאוכלוסייה הקשישה ובעיקר בניהול הטיפול בקשיש בקהילה.

השינויים המוצעים בביטוח הסעודי כעת יכולים להיות הזדמנות לשינויים באחריות הניהולית על הטיפול בחולה המוגבל ה"סיעודי" לסוגיו השונים כולל החלוקה בין מצב "סיעודי" למצב "סיעודי מורכב".<sup>5</sup> נציין כי ברפורמה, שמוביל משרד הבריאות, להעברת הטיפול הסיעודי לאחריות קופות החולים, תהיה לקופת החולים אחריות רחבה הרבה יותר על תחום הטיפול בקשיש המוגבל. (ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד: מתווה לרפורמה, 2011).

#### 2.4 כוחות עזר

במדינת ישראל עובדים היום קרוב לרבע מיליון עובדים בטיפול יומיומי בחולים מוגבלים. הם כוללים את כוחות העזר במרכזים הרפואיים, במוסדות הסיעודיים לסוגיהם ולדרגותיהם, בקהילות המוגנות לסוגיהן ובבתים של המוגבלים. מרבית המטופלים הנם זקנים הנהנים מעזרה של מספר שעות עד לתמיכה של 24 שעות ביממה במוסדות או במסגרת חוק ביטוח סיעוד בביתם.

המגע הטיפולי היומיומי עם הזקן המוגבל הנו של כוח העזר, התנהגותו וכישוריו משפיעים על חיי הזקן באופן ישיר, והעומס המוטל עליו אינו פחות מכל גורם מקצועי אחר. העבודה הטיפולית היומיומית בקשיש הנה עבודה שוחקת, סיזיפית וכמעט שאינה מתגמלת. התוצאה מתבטאת בתחלופה של כמחצית מהמטפלים בשנה במוסדות סיעוד בארה"ב. בארץ, יש מערכת פיקוח על מטפלים במסגרת חוק סיעוד, אך המטפלים הרבים העובדים מחוץ למסגרת זו אינם נתונים לפיקוח.

ראוי לציין שהטכנולוגיה הבסיסית בטיפול בזקן המוגבל היא טכנולוגיה עתירה בעבודת ידיים עם מגע אנושי מיטבי (Low tech high touch). חלק מהדרך להתמודד עם מציאות זו עשויה להיות מאמצים לחזק את הסטנדרטים המקצועיים, תנאי עבודה, פיקוח ומעקב, ופיתוח אישי מתמיד. אלו הם האתגרים המרכזיים שעומדים לפנינו בטיפול בזקן המוגבל.

5 החלוקה בין מצב של קשיש "סיעודי" למצב של "סיעודי מורכב" נולדה ב-1986. קשיש במצב "סיעודי מורכב" הוא קשיש במצב סיעודי, שסובל מבעיה נוספת, למשל: פצע לחץ, זקוק להנשמה וכולי. האחריות לקשיש ה"סיעודי" היא של משפחתו, בסיוע המדינה ואילו האחריות על הקשיש ה"סיעודי מורכב" היא על קופת החולים. הפרדה זו יוצרת, פעמים רבות, התנגשות בין הגורמים האחראים והמממנים והקשיש משלם את המחיר.

הגדרה מקצועית של העבודה הטיפולית הנה אתגר מרכזי של החברה בישראל לרווחת הזקן ולתעסוקה בלתי מקצועית. עלינו לקבוע סטנדרטים מקצועיים להעסקתם של עובדים בטיפול בזקן, ולבנות מסגרות שתאפשרנה הקטנת השחיקה תוך פיקוח על הפעילות המקצועית של המטפל.

בנייתה של חברה בריאה מבוססת בראש ובראשונה על הגנת החלש יותר, הזקן הזקוק לטיפול יומיומי מתמיד כמו גם העובד ככוח עזר הם מהחלשים ביותר בחברה: הזקן בתפקודו החברתי והמטפל במצבו החברתי כלכלי.

## 2.5 המלצות בנושא "המטפל בקשיש"

מתוך ראית הרופא הגריאטר והאחות העוסקת בתחום הגריאטריה כמטפלים בעלי חשיבות מרכזית בתהליך הטיפול בקשיש ומתוך הבנה כי יש לצייד בידע חשוב זה כמה שיותר רופאים ואחיות הפוגשים ביומיום בקשישים אנו ממליצים:

### 1. רפואה גריאטרית

- א. העמקת תהליכי החינוך שהחלו בעשור האחרון בלימודי הרפואה, התמחות ברפואה פנימית ורפואת משפחה.
- ב. בניית תכנית ייעודית ברפואה גריאטרית במסגרת ההתמחות ברפואה פנימית, רפואת משפחה ורפואה דחופה. תכנית זו תיבנה ותיושם על ידי המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית, ותרחיב את הידע בגריאטריה למטפלים שנפגשים באופן יומיומי עם חולים קשישים.

### 2. אחיות

- א. הגדלת מספר האחיות ברמות שונות של הכשרה (מוסמכות, בעלות תואר ועוד).
- ב. יצירת אחות מומחית בגריאטריה שתתפקד בעצמאות מרבית במרכז הרפואי הגריאטרי ובקהילה.
- ג. מתן הסמכות לאחות המומחית יקודם על ידי איחוד הסיעוד עם הסיעוד המורכב כמקובל במדינות OECD.
- ד. הקמת מסלולי הכשרת "סייעת לאחות", אשר תפקידה יהיה זהה לתפקיד "אחות מעשית".



ה. יצירת מודול בגריאטריה מחייב במסגרת בתי הספר לסייעוד. יצירת מודול מעין זה ירחיב את הידע בגריאטריה לאחיות.

המטפלים הנם האנשים העוסקים בטיפול יומיומי בקשיש ומצויים איתו בקשר אינטנסיבי. אנו סבורים כי ישנה חשיבות עליונה להתייחס אליהם ואנו ממליצים:

### 3. מטפלים נוספים/כוח עזר

א. יש צורך בהגדרת מקצוע למטפלים בקשיש. בניית תחום מקצועי זה תכלול:

1. לימודים והכשרה
  2. הסמכה
  3. רישוי
  4. אכיפה
  5. השתלמויות
  6. מתן כלים למניעת שחיקה
- ב. הגדרת המטפל המוסמך בקשיש תיגזר מהתפקיד והסמכויות של "המטפל המוסמך בילדים" שקיים בארץ, בהתאמה.
- ג. הגדרת התפקיד הנה בעלת חשיבות עליונה מבחינת הטיפול בקשיש, הערך הסוציאלי והלאומי של התהליך.
- ד. טרם קבלת מטפל לבית הקשיש תחויב משפחת המטופל לעבור הדרכה, שבה יינתנו לה כלים להבנת תפקיד המטפל ופיקוח עליו.

### 3. טיפת זהב: בריאות ורווחה של הקשיש

בפרק זה נדון בתחום קידום הבריאות של הקשיש ותחושת רווחתו בהקשר של הסביבה הקהילתית שבה הוא מתגורר ופועל. לסיום, נדגיש את מקומן של קופות החולים בתהליך.

#### 3.1 ראייה רחבה של בריאות הקשיש

ארגון הבריאות העולמי (WHO), הגדיר עוד בשנת 1946 את המונח "בריאות" כ"מצב של רווחה גופנית, נפשית וחברתית מושלמת ולא רק היעדר מחלה" (WHO, 1946). העיסוק בבריאות, על פי הגדרת ה-WHO מחייב התייחסות לתחומים רבים וביניהם:

- ◆ מניעה וצמצום תחלואה כרונית ונכות.
- ◆ צמצום גורמי הסיכון למחלות ועידוד גורמים משפריים, כגון: הפסקת עישון, פעילות גופנית, תזונה נכונה, בריאות הפה, נטילת תרופות בזמן.
- ◆ טיב שירותי בריאות ורווחה המשכיים, איכותיים, ונגישים העונים לצורכי הזקן וזכויותיו.
- ◆ מניעת בדידות.
- ◆ שילוב במסגרות ובפעילויות עם אוכלוסיות גיל שונות.
- ◆ סביבות בטוחות וידידותיות לקשיש.
- ◆ נגישות (פיסית): למבני ציבור, תרבות, מקומות נופש ופנאי. לשונית: תרגום רפואי/חברתי/שירותי אוריינות).
- ◆ תעסוקה לקשיש.
- ◆ בעיה משמעותית של הקשישים ושל בני משפחותיהם היא חוסר הידע והמידע. פעמים רבות לקשיש יש זכות לקבל סיוע אך הוא אינו מודע לזכויותיו או לדרך בה הוא יכול לממש אותן. יצירת מקור מסודר, אחד, שבו ניתן לקבל מידע זה הוא חשוב מאוד לקשישים ויסייע להעצמה שלהם. דוגמאות לתחומי מידע רלוונטיים:
- ◆ פנסיות וקצבאות.
- ◆ הנחות שונות.
- ◆ בריאות - ביטוחים משלימים, תקרת השתתפויות בקופות, סל התרופות, מסגרות שיקום.
- ◆ הזדמנויות להתנדבות ותעסוקה.

על מנת לקדם נושאים אלו יש לפעול במספר דרכים כגון:

- ◆ דאגה לביטחון הקשישים: ביטחון סוציאלי הכולל הבטחת הכנסה, צדק חברתי, מחסה הולם, הגנה מפני ניצול לרעה.
- ◆ פיתוח שירותי בריאות ורווחה המשכיים, איכותיים, ידידותיים, העונים לצרכי הזקן וזכויותיו, נגישים וברי השגה.
- ◆ מתן הזדמנות להשכלה והכשרה לאורך כל החיים.
- ◆ לאפשר השתתפות של זקנים בפעילויות לפיתוח כלכלי, בעבודה פורמלית ובלתי פורמלית, בפעילות התנדבותית, בהתאם לצרכיהם, העדפותיהם ויכולותיהם.

- ◆ חינוך האוכלוסייה לשמירה על הבריאות במאמץ לאומי מתמשך הפונה לבני 50 או 60 פלוס, תוך שימוש במדיה על צורותיה הרבות.
- ◆ העצמת האוכלוסייה על ידי הפצת מידע באופן זמין ונגיש לקשישים, שימוש בשפה המאפשרת הבנה לכל, ולא רק לבעלי השכלה גבוהה ויכולת שימוש באינטרנט.
- ◆ קורסי הכנה והכשרה ל"מחצית השנייה של החיים".
- ◆ ניצול אתרים לגיל המבוגר כגון אתר בני 50+ ואחרים (<http://www.50plus.co.il>).
- ◆ פיתוח מסגרות חיים עתירות שירותים, כגון: דיור מוגן ודיור מוגן תומך (ראה פרוט בהמשך).
- ◆ הנהגת תמריצים למטפלים ומשפחות אשר יסייעו לטפל בקשישים בסביבה המשפחתית ויקלו את העומס הכרוך בכך.
- ◆ הרחבת השירותים המקוונים לקשיש ולמטפל העיקרי כאמצעי לתמיכה ולצמצום תחושת הבדידות.

## 3.2 הסביבה הקהילתית

### 3.2.1 נגישות פיזית

- ◆ פיתוח סביבה נגישה ונוחה לאוכלוסייה מבוגרת. יצירת סביבה שתאפשר לקשישים ואנשים עם מוגבלויות לשמור על עצמאות בתפקוד.
- ◆ הטמעה ויישום מלא של חוק שיוון לאנשים עם מוגבלויות, בייחוד בכל הנוגע לצרכי האוכלוסייה המבוגרת אך ישומו חלקי והדרגתי.
- ◆ התאמת סביבת המגורים של הקשיש למצבו ולצרכיו - כחלק מחובות המדינה כלפיהם.
- ◆ זמינות ונגישות לשירותי מניעה וטיפול.

### 3.2.2 קהילה תומכת

בישראל פותחה תכנית מיוחדת לחיזוק הסביבה הקהילתית של הקשיש בשם "קהילה תומכת". תכנית זו מופעלת כבר ב-200 שכונות במדינה.

התכנית מבוססת על העיקרון שיש לשמר את הקשיש בסביבתו הטבעית והמוכרת ולאפשר לו לשמור על אורח חיים עצמאי בתוך סביבה זו. פעילות להקמת קהילות תומכות מביאה לדחיית הצורך לעבור למסגרות מגורים כמו בתי אבות או מוסדות

סיעודיים. על מנת ליצור קהילה תומכת יש להקים מגוון תחומי סיוע, כגון:

- ◆ ביטחון אישי
- ◆ נגישות לשירותים רפואיים
- ◆ פעילות חברתית ותרבותית (פעילות גופנית, אירועי תרבות, טיולים, הרצאות, קונצרטים וכו')
- ◆ תחזוקת הבית
- ◆ קניית ועבודות בית קלות
- ◆ ייעוץ ושירותי מידע

חשוב לתת את הדעת לאפשרות הבחירה של הקשיש. לדוגמא: קשיש שלא מרגיש טוב יכול לבקש הסעה לקופת החולים, או לבקש שיגיע אליו מטפל.

### 3.2.3 דיור מוגן

איכות חייו של קשיש יכולה להשתמר גם במסגרת דיור מוגן, כאשר הוא בוחר מרצונו להיות חלק ממנה. סביבה זו, שהיא עתירת שירותים ותמיכה בתחומים שונים, מאפשרת לקשיש ליהנות מרמת חיים גבוהה במסגרת חברתית וסביבתית תומכת. הדיור המוגן אינו דומה באופיו למערכת מוסדית ויש לשקול הרחבת פיתוח תחום זה לאוכלוסיות בעלות יכולות כלכליות מגוונות, ולא רק לאוכלוסיות ברמה כלכלית גבוהה, כפי שקיים היום. העובדה שקשישים רבים (הערכות מדברות על 14,000) בוחרים לגור בבתי דיור מוגן עשויה לחזק את הצורך לפתח מסגרות דומות גם לאוכלוסייה חזקה פחות.

### 3.2.4 מרכזי יום מסוגים שונים

מרכזים המאפשרים מגוון רחב של פעילות חברתית וקבוצתית תוך שילוב עם שירותי שיקום ותחזוקה. למשל, מרכזים קהילתיים המשלבים אוכלוסיות הטרוגניות, אליהם מגיעים אוכלוסיות שונות, למטרות שונות- חוגים, פעילות תרבותית, אומנות והפעלה לקשישים, שיקום ותחזוקה לקשישים ברמת תפקוד בינונית. כמו כן, מרכזים המשרתים אוכלוסייה קשישה כמו מרכזי יום למוגבלים ומועדוניות.

הגברת התמריצים לקשישים ולמשפחות להתמיד בביקורים במרכזים אלה כולל מתן מענה לבעיית הנגישות.

### 3.2.5 פרויקט ערים בריאות

פרויקט ערים בריאות מתנהל בישראל מעל עשור, כחלק ממדיניות ותוכניות עולמיות של ארגון הבריאות העולמי. התוכנית כוללת התייחסות לאוכלוסיית הקשישים ושמה דגש על דרכים לקידום הזדקנות מוצלחת בסביבה בטוחה. בישראל 30 ערים ומועצות אזוריות הנוטלות חלק במיזם זה. המשתתפים מגיעים מהפריפריה ומהמרכז, מהמגזר היהודי והערבי.

### 3.3 מקומן של הקופות

לבריאות חשיבות רבה בתרבות היהודית והישראלית והנושא מעסיק את האוכלוסייה המבוגרת בתקופת הזיקנה, אף יותר מהתקופה הצעירה. חשוב לנצל את המודעות העצמית והדאגה לעתיד שמופיע במחצית החיים השנייה, כלומר אחרי גיל 50, לצורך העצמה עצמית ועידוד פעילויות של קידום בריאות, איתור מוקדם ורפואה מונעת.

קופות החולים פוגשות את הקשיש יותר מכל ארגון בריאות אחר. אך טבעי הוא שהקופות ייטלו על עצמן תפקיד משמעותי בארגון סביבת הקשיש. בנוסף, בדוח שטסמן הומלץ להרחיב את הייעוץ הגריאטרי בקהילה ואת הרפואה המונעת לקשישים, כמו גם את האשפוזים הביתיים ושירותי השיקום הניתנים בבית הקשיש. בין התחומים בהן הקופות יכולות ליטול חלק:

- ◆ פיתוח מודלים לחזק את הטיפול בקשישים הכולל:
  - ◆ יעוץ גריאטרי לרופאי המשפחה.
- ◆ הקמת שירות של הערכה גריאטרית כוללת בקהילה, על ידי צוות רב מקצועי שתפקידו איתור בעיות, הערכת הצרכים ובנית תוכנית התערבות רב מערכתית.
- ◆ פיתוח מודלים לחזק את הטיפול בקשישים הכולל יעוץ גריאטרי לרופאי המשפחה.
- ◆ בנית מסגרות עם דגש על מניעה, חינוך לבריאות, קידום בריאות ואתור מוקדם למבוגרים, למשל: פניה בשאלונים לאיתור בעיות ומוגבלויות והרגלי חיים; זימון האוכלוסייה בהתאם לממצאים לקבוצות הדרכה, הפעלה או הערכה אישית.
- ◆ הגברת פעילויות כגון מסלולי הליכה, קבוצות לתזונה נכונה וירידת משקל, חדרי כושר לבני 60 או 70+.

- ◆ שקילת תמריצים לאוכלוסייה ששומרת על הבריאות שלה.
- ◆ פיתוח שירותים מקוונים לאוכלוסיית הקשישים, המטפלים והמשפחות.

### 3.4 המלצות בנושא: "טיפת זהב" - בריאות ורווחה של הקשיש

נקודות המוצא בדיוני הצוות היו כי יש להעניק לקשיש אפשרויות בחירה ביחס למקום המגורים שלו וביחס לפעילויותיו וכן כי יש צורך לקדם בריאות ומניעה מלידה ובזיקנה, לפיכך המלצותינו הן:

1. להגדיר מדדי איכות לקשישים, לרבות מדדי תהליכים ולהטמיעם בקהילה ובבתי החולים.
2. להוסיף ולפתח מסגרות של מגורי קשישים כסביבות עתירות שירותים והרחבת יכולת הבחירה שלו, כגון:
  - א. שכונה תומכת ומתואמת
  - ב. דיור מוגן
  - ג. ערים בריאות
  - ד. מרכזים קהילתיים בשילוב אלמנטים בריאותיים (סיעוד, רפואה ושיקום)
3. יש ליצור שיתוף פעולה בין הקופות והמסגרות הקהילתיות השונות לצורך מתן שירותי בריאות כוללניים.
4. יש לפעול להסכמה ביחס לתכנית התאמת הסביבה למגורי קשישים וחלוקת סמכות ואחריות וקידום שיתוף פעולה בין הקופות לארגונים רלוונטיים אחרים.
5. יש להתחיל בפרויקטים להנגשת מידע וטיפול באוכלוסיית הקשישים. במסגרת זו ראוי להיעזר במדיה הדיגיטלית. הנגשת המידע תסייע לקשיש למצות את זכויותיו ותמנע בירוקרטיה מיותרת מהקשיש ובני משפחתו.
6. העמקת הידע הגריאטרי בקרב כל מקצועות הבריאות. הקשיש מטופל אצל מגוון רחב של בעלי מקצוע, וביניהם: עובדים סוציאליים, פיזיותרפיסטים ועוד. יש להעשיר ולהעמיק את הידע של כלל המטפלים בקשיש. מגמה זו תסייע למטפלים להעניק טיפול טוב יותר ולקשישים לקבל טיפול טוב יותר. (ראה התייחסות לנושא גם בפרק ה-12 במטפלים בקשיש - פרק 2 לעיל)

## 4. מסגרת להרחבת התאום במערכת

כיום, פזורות המערכות העוסקות בקשישים על פני מספר רב של גורמים - משרדי ממשלה שונים, ביטוח לאומי, רשויות מקומיות, עמותות, ארגוני בריאות, ועוד. אחד המכשולים של הקשיש במיצוי זכויותיו נובע מפיזור הסמכויות ופיזור האחריות על הקשיש ומצבו. לאור זאת יש לשקול הקמת גוף לתאום בין המערכות השונות העוסקות בקשישים בכל התחומים, ברמה הלאומית. בפרק זה נדון בתחומים בהם גוף מעין זה אמור לעסוק, בדרך בה ניתן להקים גוף כזה ובשותפים הפוטנציאליים.

### 4.1 דוגמאות לנושאים חשובים להתייחסות בפורום התאום

#### ◆ **בריאות:**

- ◆ **מוניעת אשפוז:** לאור הלחץ על המערכת האשפוזית והעלויות הגבוהות יש לחזק את המאמצים למנוע את הצורך באשפוז ולחזק את המערכת הקהילתית ולהבטיח בקרה ומעקב אחר הקשיש וניהול הטיפול, כפי שנדון בפרק הקודם (וכן ראה בפרק ה לדוח שטסמן).
- ◆ **שיקום:** ישנה חשיבות רבה בעיסוק בשיקום. תהליך השיקום צריך להתבצע, עד כמה שניתן, בביתו ובסביבתו הרגילה של הקשיש.

- ◆ **רווחה:** הדאגה לרווחת הקשיש העצמאי תהיה תוך התייחסות להמשך פעילותו, מעורבותו ותרומתו בכל מישורי החיים, בין בתעסוקה, התנדבות ופעילות תרבותית-חברתית. מעורבות זו תתרום לחברה ותסייע בשימור הערך העצמי, הרווחה האישית והבריאות.

- ◆ **ניידות ותחבורה:** קושי בניידות אצל הקשישים הוא שכיח מאוד. רבים מהם בוחרים או לא יכולים לנהוג והניידות באמצעות תחבורה ציבורית אינה כה קלה במקומות רבים. האוטובוסים והרכבות דורשים, לעיתים, מרחק הליכה רב. מוניות עולות כסף רב. לא תמיד בני המשפחה יכולים לעמוד לרשות הקשיש להסיע אותו. גוף מתאם שיעסוק בניידות של הקשיש יפחית את העומס על בני המשפחה. צורך זה משפיע על היכולת של הקשיש ליהנות מכל מערכות השירותים ומהזדמנויות לפעילות ומעורבות הקיימות בחברה. לכן, המאמץ לארגן סידורי תחבורה לקשיש הוא עניין של כל הגורמים המטפלים יחד.

♦ **תאום ברמה מקומית:** יש ניסיונות שונים לחזק את התאום גם ברמה מקומית, כמו עמותות מקומיות לקשיש, הקיימות במקומות רבים (וועדים), ובאמצעות תכניות כמו שכונה תומכת. יש עוד רבות לפעול על מנת לחזק מערכת זו.

## 4.2 המלצות בנושא הרחבת התאום במערכת

על מנת להגיע לתאום טוב יותר בין המערכות יש לפעול במספר מישורים:

### 1. בתחום המידע

- א. הקמת בסיס מידע דיגיטלי, אשר יאגם את המידע מכל המקורות ויתעדכן על בסיס קבוע.
- ב. נגישות לבסיס המידע תהיה פשוטה ונוחה, באמצעות טלפון ו/או במוקדים זמינים ונגישים בהם נמצאים קשישים, תוך סיוע של אנשים במקום.

**2. ברמת המחוקק -** תוקם תת ועדה קבועה לנושא קשישים במסגרת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת. תת הועדה תעקוב אחר יישום החלטות בנושא קשישים ברשות המבצעת ותפעל לקידום האינטרס של הקשיש בתחומי הבריאות והרווחה.

### 3. ברמת הרשות המבצעת (ממשלתי)

- א. ברמה הלאומית תוקם רשות לאומית לטיפול בקשיש, שתשלב בין משרדי הבריאות, הרווחה והאוצר בהובלת משרד הבריאות.
- ב. ברמה אזורית תפעל הרשות הלאומית לטיפול בקשיש באחריות הרשות המקומית בשילוב עם קופות החולים וביטוח לאומי. המנגנון האזורי ינוהל ויופעל על ידי גריאטר אזורי.
  1. בתחום הרווחה תוטל האחריות על הרשויות המקומיות
  2. בתחום הטיפול הרפואי תוטל האחריות על הקופות

4. הרשות תדון גם בכל הקשור למעברים בחיי הקשיש ותדאג לתאום בין שלבי הטיפול השונים בחיי הקשיש.

5. לצורך הפעלת רשות זו יש צורך בהגדלת המשאבים הכלכליים, מעבר לקיימים היום.



**רשימת מקורות:**

Gutman G. and Spencer C., Aging, Ageism and Abuse: Moving From Awareness to Action, 2010, 1st edition, Elsevier Inc, MA 01803, USA.

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf)

Caspari & Lee, Older age becomes common late in human evolution (Proceedings of the National Academy of Sciences, USA, 2004, p. 10895-10900.

Cigolle et al., Geriatric conditions and disability: the Health and retirement Study. Ann Intern Med 2007:147-156.

Hillard Kaplan, et al., in "A Theory of Human Life History Evolution: Diet, Intelligence, weed knowledge and Longevity" (Evolutionary Anthropology, 2000, p. 156-160.

Kramarae, C. and Spender, D. (2000) Routledge International Encyclopedia of Women: Global Women's Issues and Knowledge. Routledge. p. 29.

Kirkpatrick, George R.; Katsiaficas, George N.; Kirkpatrick, Robert George; Mary Lou Emery (1987). Introduction to critical sociology. Ardent Media. p. 261.

Nelson, T. (Ed.) (2002). Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older People. MIT Press.

Sociology: Introductory readings. 3rd edition. Edited by: A. Giddens and P.W. Sutton, 2010, Polity Press, Madlen, MA 02148, USA.

Stephen Pincock, Robert Neil Butler, 2010, The Lancet, Volume 376, Issue 9741, Page 588, 21 August 2010.

WHO: Active AGING - a policy framework, 2002. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf)

WHO. Constitution of the World Health Organization , Geneva, 1946.

ביטוח ציבורי בתחום הסייעוד, מתווה לרפורמה, מתוך אתר משרד הבריאות

<http://www.old.health.gov.il/download/pages/aa040811.pdf>

הועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי לשנים 2010-2020 ולשנים 2020-2030, ספטמבר 2011 (דוח שטסמן)

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תוחלת חיים 2010,

[http://www.cbs.gov.il/reader/cw\\_usr\\_view\\_SHTML?ID=580](http://www.cbs.gov.il/reader/cw_usr_view_SHTML?ID=580)

חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, ס"ח תשנ"ו, 327; תשס"א, 60; תשס"ה, 26; תשס"ח, 729; תש"ע, 414, 485.

חוק לשיוויון הזדמנויות בעבודה, התשמ"ח-1988, ס"ח תשמ"ח, 38; תשנ"ב, 37; תשנ"ה, 95, 334; תשנ"ח, 41, 169; תשס"א, 73, 177; תשס"ב, 28; תשס"ג, 366; תשס"ד, 436; תשס"ו, 190; תשס"ז, 380; תשס"ט, 246; תש"ע, 389, 500.

חוק לתיקון דיני משפחה (מזונות), התיש"ט-1959, ס"ח תשי"ט, 72; תשל"ו, 93; תשמ"א, 288; תשנ"ה, 397.

סלע בן עמי, תהיות על תוחלת חיינו המתארכים, 2003,

<http://www.tevalife.com/article.asp?id=1368>. נבדק בתאריך 5.10.11.

מרמונצ'יק מוטי, מערכות בריאות בעולם המערבי-סקירה השוואתית, 2010

<http://www.marymonczyk.com/docs/IsraelVersusGermanyHealthSystem.pdf>

משרד הבריאות - נתונים ביחס למיטות אישפוז

[http://www.health.gov.il/Download/pages/Beds\\_jan\\_2010.pdf](http://www.health.gov.il/Download/pages/Beds_jan_2010.pdf)

משרד הבריאות, כוח-אדם במקצועות הבריאות, 2009

<http://www.health.gov.il/download/docs/units/meida/manpower2009/2.pdf>

משרד הבריאות - נתונים ביחס לכוח-אדם במקצועות הבריאות (סיעוד)

<http://www.health.gov.il/download/docs/units/meida/manpower2009/7.pdf>

פרויקט ערים בריאות <http://www.healthycities.co.il/siteFiles/13/103/5027.asp>

פרס, י. וקלרפילד מ.א., הערכת המספר הנדרש של רופאים גריאטרים בישראל בין השנים 2000-2020, הרפואה 147, 124-120.

קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי 2010, עורכים: ג'ני ברודסקי, יצחק שנור, שמואל באר, ירושלים, 2011.



### צוות 3 היבטים כלכליים

מדינת ישראל היא אחת המדינות הצעירות ביותר בקרב מדינות ה-OECD. יחד עם זאת, קצב הגידול במספר הקשישים במדינת ישראל הוא אחד הגבוהים ביותר בקרב אותן המדינות. לפי הערכות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תוך 20 שנה צפויה אוכלוסיית הקשישים במדינת ישראל כמעט להכפיל את עצמה. לגידול המשמעותי במספר הקשישים תהיה השפעה רבה על מערכת הבריאות הישראלית, וזאת עקב השונות הרבה בצריכת שירותי הבריאות בגילאים השונים, אשר תביא לגידול משמעותי בביקוש לשירותי בריאות.

נייר זה בוחן את ההשלכות הכלכליות של הגידול הצפוי במספר הקשישים על מערכת הבריאות הישראלית ומציג את הסוגיות שעלו לדיון בכנס ואת ההמלצות שגובשו בכנס. לצורך ניתוח ההשפעות הכלכליות על מערכת הבריאות חילקנו את הנייר לשלושה פרקים, אשר גם היוו את הבסיס לדיונים בכנס.

הפרק הראשון בוחן את ההוצאות כיום של האוכלוסייה המבוגרת בישראל על בריאות וסיעוד, כולל תמהיל המימון הפרטי-ציבורי, וחוזה לאור המגמות בשנים האחרונות את השינוי הצפוי במרבית רכיביה של ההוצאה הלאומית על בריאות. על בסיס הניתוחים שבוצעו על-ידי חברי הצוות, דנו בכנס בין היתר, בסוגיית שינוי תמהיל המימון הפרטי-ציבורי ויכולת המדינה והאמצעים העומדים לרשותה לממן את השינויים הצפויים בהוצאה הלאומית על הבריאות.

הפרק השני מהווה המשך טבעי לפרק הראשון ושם דגש על שוק ביטוחי הבריאות והסיעוד הפרטיים בישראל. לאור הגידול הצפוי במספר הקשישים בחנו בכנס האם ביטוחים אלו נותנים מענה לקשישים. בפרק זה התמקדנו בשלושה סוגי ביטוחים: שירותי בריאות נוספים בקופות החולים (שב"ן), ביטוחי בריאות בחברות מסחריות וביטוחי סיעוד מסחריים (הן הפוליסות המוצעות בתיווך קופות החולים והן שאר התוכניות).

הפרק השלישי עוסק בסוגיית התמריצים לטיפול נכון ויעיל באוכלוסייה הקשישה. לסוגיה זאת יש שתי נגיעות כלכליות משמעותיות. הראשונה עוסקת ביכולת של תמריצים כלכליים לשנות את ההתנהגות של השחקנים השונים במערכת

הבריאות ולכוון להתנהגות יעילה יותר. הסוגיה השנייה בוחנת את חוסר הרצף הקיים כיום במערכת אשר פוגע ביעילות הטיפול ומביא לגידול לא נחוץ בהוצאות המערכת על בריאות וסיעוד. בדיון בכנס בחנו בין היתר את סוגי התמריצים שניתן לתת וכן כיצד ניתן לפתור את בעיית הרצף הבריאותי-סיעודי הקיים כיום במערכת.

בסופו של כל פרק מובאות סדרה של המלצות שגובשו בכנס, על-ידי כלל המשתתפים בדיונים. יחד עם זאת, ברצוננו לציין כבר כאן, המלצה גורפת שעלתה בדיונים בכל המושבים והיא לשפר את תשתיות המידע המחקר והחיזוי כבסיס לשיפור הידע הנוכחי והערכות להזדקנות האוכלוסייה.

ברצוננו להודות לחברי הצוות אשר השקיעו רבות מזמנם ותרמו רבות לכתיבת הנייר: שי בריל, שולי ברמלי-גריןברג, איציק הרמן, פרנסיס ווד, אביעד טור-סיני, צחית סימון-תובל, ניר קידר וסיגל רגב-רוזנברג. כמו כן ברצוננו להודות למשתתפים הרבים בדיוני הצוות בכנס עצמו, ביניהם מנכ"לי קופות חולים ובתי חולים, מנכ"לי משרד הבריאות בהווה ובעבר ובכירים רבים במערכת הבריאות אשר תרמו רבות לדיונים ולגיבוש המלצות.

לאה אחדות וטוביה חורב - יו"ר הצוות.

## פרק 1 - ההוצאה הלאומית לבריאות וסיעוד לקשישים - תמהיל מימון ותחזית לעתיד

### מבוא

מגמת העלייה הרצופה בחלקו של המימון הפרטי בתמהיל מקורות המימון של ההוצאה הלאומית לבריאות - מ-30.3% ב-1995 מועד הפעלתו של חוק ביטוח בריאות ל-38.2% ב-2010 (למ"ס 2010) - הציבה את סוגיית התמהיל ציבורי-פרטי במימון ההוצאה לבריאות והשלכותיו על אי השוויון בנגישות לשירותי בריאות במוקד הדיון הציבורי על מדיניות הבריאות בישראל. מגמה זו היא, כידוע, פועל יוצא של שתי התפתחויות הקשורות זו בזו: השחיקה במקורות המימון הציבורי וההאצה בקצב הגידול של ההוצאה הפרטית. הדיון הציבורי התייחס עד כה בעיקר להתפתחויות בתמהיל מימון ההוצאה של כלל האוכלוסייה, אך כמעט ולא נגע בתמהיל מימון ההוצאה של קבוצות אוכלוסייה ספציפיות, כמו למשל קבוצות גיל-זאת על אף חשיבותה של סוגיה זו במסגרת היערכות מערכת הבריאות לקראת הזדקנות האוכלוסייה בעשורים הבאים. הסיבה לכך נעוצה בעיקר בהיעדרם של נתונים מתאימים במסגרת הסטטיסטיקה הלאומית על ההוצאה לבריאות.

על רקע דברים אלה, מטרתו של פרק זה הן: (א) לבחון על בסיס נתונים ממקורות שונים את ההתפתחות בהוצאה הלאומית על בריאות וסיעוד לאוכלוסייה בגיל השלישי (גילאי 65 ומעלה) בישראל בין השנים 2000 ו-2010 ואת התחלקות מקורות מימון ההוצאה בין המגזר הציבורי לבין המגזר הפרטי. (ב) להציג תחזית ראשונית על גודלם של מרבית רכיביה של ההוצאה הלאומית לקשישים לשנים 2020 ו-2030.

לפרק שלושה חלקים עיקריים: הראשון מציג סקירת ספרות תיאורית ואמפירית בנושא תמהיל המימון של מערכות בריאות, לרבות התייחסות למאפייני מערכת הבריאות בישראל. החלק השני מתאר את תמונת המצב לשנת 2010, ואילו החלק השלישי מציג אומדנים להוצאה הציבורית והפרטית הצפויים בשני העשורים הבאים. בסופו של הפרק מוצגות ההמלצות לפעולה שעלו בדיוני הכנס.

**א. סקירת ספרות**

כאמור במבוא לחוברת, מגמת ההזדקנות של האוכלוסייה המאפיינת מדינות רבות לא תפסח גם על ישראל. מגמה זו, שהיא תוצאה הן של העלייה בתוחלת החיים והן של הירידה בשיעור הילודה (ולפיכך כרוכה בעלייה של יחס התלות), מחייבת את המדינות להתמודד עם השלכותיה הכלכליות: גידול צפוי בהוצאה למימון רשת הביטחון החברתית ולמימון שירותי בריאות וסיעוד לקשישים בצד שיעור קטן והולך של הנושאים בנטל המימון. בתכנון לטווח ארוך של התשתיות במערכת הבריאות חיוני להביא בחשבון את קצב הגידול המואץ בגודלה של האוכלוסייה הקשישה-שבישראל הוא אחד מהגבוהים במדינות ה-OECD (ראה תרשים במקבץ הנתונים לדוח הכולל שהוכן לקראת הכנס).

ידוע כי צריכת שירותי בריאות עולה עם הגיל, אולם יש לשים לב לכך שהשפעתם של משתנים אחרים כמו שינויים טכנולוגיים ושינויים בשכר המועסקים בענף אינה פחותה ואולי אף משמעותית יותר מזו של הזדקנות האוכלוסייה (Getzen 1992, Newhouse 1993, Jacobzone 2000). כמו כן, יש להביא בחשבון את השיפור הצפוי במצב הבריאות של האוכלוסייה. מחקר שנערך בניו-זילנד מעלה כי גם אם השיפור במצב הבריאות יהיה מתון יחסית, הוא צפוי לקזז כשליש מהגידול הצפוי בהוצאה לבריאות (Bryant and Sonerson, 2006). למרות זאת, להזדקנות האוכלוסייה השפעה מכרעת על יציבות הכלכלה, בשל השלכותיה על תמהיל המימון של מערכת הבריאות.

ישנם מספר מודלים בסיסיים למבנה היחס בין המימון הציבורי למימון הפרטי של ההוצאה לבריאות (Tuohy et al., 2004):

**1. מערכות מימון מקבילות** - המערכת הממומנת באופן ציבורי נפרדת לחלוטין מזו הממומנת באופן פרטי. מודל זה מאפיין את מערכת האשפוז בניו-זילנד ואנגליה.

**2. השתתפות בתשלום** - שירותי הבריאות ממומנים בחלקם באמצעות השתתפות הפרטים בתשלום (המתואם לעיתים עם ההכנסה) או ביטוח בריאות פרטי. מודל זה מאפיין את מערך השירותים האמבולטוריים בניו-זילנד ועשוי להוביל אוכלוסיות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך להימנע משימוש בטיפול רפואי חיוני.

**3. מימון על-פי קבוצות -** אוכלוסיות ספציפיות זכאיות למימון ציבורי והשאר זכאים לשירותי בריאות מכוח ביטוח פרטי. מודל זה מאפיין את הולנד וארה"ב (שבה היקף המימון הציבורי נמוך באופן משמעותי מהממוצע בקרב מדינות ה-OECD). מודל זה מחייב פיקוח (רגולציה) לשמירת סטנדרטים אחידים של שירות בין הקבוצות. מודלים שממקדים את ההוצאה הציבורית רק לחלק מהאוכלוסייה מוותרים לעיתים דווקא על ההכנסה של קבוצות ההכנסה הגבוהות כמקור מימון של המערכת הציבורית, זאת מאחר ולא לה יש לעיתים אפשרות *to opt put* מהמערכת הציבורית (לדוגמה גרמניה).

**4. מימון בהתאם לסוג השירות -** מגזרים שונים במערכת הבריאות ממומנים במלואם באופן ציבורי ואחרים נשענים על מימון פרטי. מודל זה מאפיין את קנדה ומדינות נוספות שבהם מרבית שירותי האשפוז ממומנים במלואם באופן ציבורי, אך רוב השירותים האמבולטוריים נשענים יותר על מימון פרטי. שיפורים טכנולוגיים עשויים להשפיע על שינוי בדפוסי הטיפול הרפואי (למשל מעבר לטיפול בקהילה כחלופה לאשפוז) וכתוצאה מכך להוביל לשינוי בחלקו של המימון הציבורי מתוך כלל מקורות המימון. בנוסף, סוג השירות הממומן באופן ציבורי נתון להשפעות המצב הפיסקלי של המדינה.

מערכת הממומנת באופן ציבורי בלבד (כלומר, שכל הכנסותיה מגיעות ממיסוי) חשופה לסיכון מוסרי (*moral hazard*) ועשויה להטיל נטל כבד מדי על משלמי המיסים כמו גם להוות תמריץ שלילי לתמיכת המשפחה בקשיש הסיעודי. לעומתה מערכת הנשענת רק על המימון הפרטי היא בלתי הוגנת כלפי אוכלוסיות ממצב חברתי-כלכלי נמוך וללא ספק מובילה לא רק להרחבת הפערים ברמת הבריאות ובנגישות לשירותי בריאות, אלא גם לשחיקה בהון האנושי המהווה גורם חשוב בצמיחה הכלכלית. על כן, נדרש למצוא את התמהיל האופטימלי בין שתי דרכי מימון אלה.

יש אשר יטענו כי קיומה של המערכת הפרטית מקטין את הלחץ והעומס על המערכת הציבורית, אך לטענת Touhy ואחרים (2004) קיומה של מערכת בריאות פרטית מקבילה למערכת הציבורית אינה בהכרח מפחיתה את הלחץ מהמערכת הציבורית מהסיבות הבאות:



א. חלק מהמשאבים הציבוריים (למשל כוח-אדם רפואי) עוברים לשירות המערכת הפרטית.

ב. עצם קיומה של המערכת הפרטית מהווה תמריץ למבטח הציבורי להאריך את משכי ההמתנה במערכת הציבורית על מנת להסיט ביקושים ממנה.

ג. עצם קיומה של המערכת הפרטית מגדיל את הביקוש לשירותי הבריאות הפרטיים וכפועל יוצא לשירותים נלווים הממומנים באופן ציבורי.

לאור זאת, יש להתמקד ברפורמות במבנה המימון הציבורי. הגדלת המימון הפרטי *per se* לא מהווה פתרון לאתגרים העומדים בפני המערכת הציבורית ואף עשויה לפגוע בה.

מבנה המימון של מערכת הבריאות בישראל, מבטיח סל מקיף של שירותי בריאות הממומן בעיקרו ממקורות ציבוריים (אך כולל גם השתתפויות עצמיות) ולצידו שירותים אחרים הממומנים באמצעות תשלום ישיר של משקי הבית וביטוחי בריאות פרטיים. מבנה זה מקטין את הסיכון של משקי הבית לשאת בהוצאות אשר ירעו באופן משמעותי את רמת חייהם, ובו זמנית מגדיל את הנגישות לשירותי בריאות - בעיקר עבור אוכלוסיות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (Van Doorslaer et al., 2000; O'Donnell et al., 2007).

העלייה בחלקם היחסי של מקורות המימון הפרטי בסך כל מימון ההוצאה הלאומית לבריאות, שצוינה קודם לכן, מחלישה את עוצמתם של יתרונות אלה במערכת הישראלית.

ייחודיות דפוסי צריכת שירותי הבריאות בקרב גילאי +65 נובעת בעיקרה מהיקפי ההוצאה בגין שירותי אשפוז ממושך. עלות הטיפול הממושך צפויה לגדול בשנים הבאות בעקבות הזדקנות האוכלוסייה. עלות זו כוללת את עלות האשפוז המוסדי, את עלות הטיפול בבית וכן את אובדן ימי העבודה הנובע ממהלך הטיפול של בן המשפחה שהוא התומך העיקרי (הלא-פורמלי) בקשיש<sup>1</sup>. בחינת מקורות המימון של שירותים אלה (המפורטים בלוח 1) מעלה שתי בעיות מרכזיות לאור השינוי הדמוגרפי הצפוי:

1 לפרטים בנושא פרישה מעבודה ואובדן ימי עבודה של תומכים עיקריים, ראה ברודסקי, 2011. אומדנים שבוצעו על ידי חורב, קידר והרשקוביץ' (2011) העריכו את הנזק למשק בגין תופעה זו בכ-0.5 מיליארד ₪ בשנה.

**א. עליית הנטל הכלכלי המוטל על הקשיש ובני משפחתו:** יש הטוענים כי על מנת לבחון את היכולת של משקי הבית להשתתף במימון הטיפול הסיעודי, יש לבחון את היקף הנכסים של הציבור (לא רק את הכנסתם משכר), וכן לשקול פיתוח של מוצרים פיננסיים שיהוו מקור מימון פרטי בנוסף לביטוח בעת הצורך (Mayhew et al., 2010). מטרת המדינה בהקשר זה, לצד יצירת מוצר ציבורי ראוי, היא: לעודד פיתוח של מוצרים אלה, לפתח מנגנוני פיקוח עליהם, ולהחיל תמריצים שיגדילו את הסיכוי לרכישתם על ידי הציבור (Mayhew et al., 2010). ולכך יש להוסיף את הצורך לבחון את הממשקים בין המערכות ולוודא שיחסי הגומלין ביניהן לא מביאים לפגיעה במערכת הציבורית.

**ב. מגבלת מקורות המימון הציבורי:** יש חוקרים הטוענים כי הזדקנות האוכלוסייה מעמידה מדינות רבות בפני סיכון למשבר פיסקלי, בשל חוסר היכולת של המדינה לשאת בהשלכות הכלכליות של תופעה זו (Davig and Leeper, 2011). שיעורי צמיחה חיוביים יכולים לסייע בהקלה על מגבלת התקציב באופן ישיר (הכנסות ממיסים) וגם בעקיפין דרך הסטה של ביקוש בעלי ההכנסה הגבוהה למערכת הפרטית. אחד ממנועי הצמיחה הוא גם שיעור השתתפות גבוה בשוק העבודה ויש מקום בהקשר זה לבחון דרכים להעלאת שיעורי התעסוקה בגילאים המבוגרים, ולהקלת הנטל על התומך העיקרי בקשיש באופן שיוכל להשתתף בכוח העבודה (לדוגמא, כ-33% מהתומכים העיקריים בגיל העבודה דיווחו כי פרשו מעבודה עקב הצורך לתמוך בקשיש סיעודי (ברודסקי, 2011)).

#### לוח 1: מקורות המימון של שירותי הבריאות הנצרכים על-ידי בני 65+

מקורות המימון השירות	מיסוי כללי	דמי ביטוח בריאות	דמי ביטוח לאומי (חוק סיעוד)	הקשיש ובני משפחתו
טיפול ממושך (LTC)	√		√	√ <sup>2</sup>
שירותי סל הבריאות	√	√		√

2 LTC בקהילה ממומנים על בסיס מבחן הכנסות של הקשיש ובן זוגו. LTC מוסדי ממומנים על בסיס מבחן הכנסות של הקשיש, בן זוגו וילדיו, ובמקרה של "תשושים" גם ההכנסות של חתני וכלותיו של הקשיש.

**ב. תמונת מצב: ההוצאה הלאומית לבריאות וסיעוד לבני 65+ ב-2010****מקורות המידע והגדרות**

מקורות המידע: ההוצאה הלאומית לבריאות וסיעוד המוצגת בפרק זה כוללת את ההוצאה הציבורית והפרטית כאחד. ההוצאה הציבורית לבריאות ב-2010 מבוססת על נתונים מנהליים (כולל כאלה ששימשו בסיס לחישוב נוסחת הקפיטציה) והעומדים לרשות משרד הבריאות. **ההוצאה הפרטית לבריאות** מבוססת בעיקרה על סקר הוצאות המשפחה לשנת 2010 שנערך על ידי הלמ"ס. **ההוצאה הציבורית והפרטית לסיעוד** מתבססים בעיקרם על הפרסום של משרד הבריאות בנושא הביטוח הסיעודי, הכולל נתונים ממקורות שונים המצוטטים בו ועיבודים נוספים של המחברים (חורב, קידר והרשקוביץ, 2011).

הגדרות: **ההוצאה הציבורית לבריאות** כוללת את ההוצאות של קופות החולים בגין אספקת סל השירותים שבתוספת השנייה (כולל תרופות ואשפוז), הוצאות משרד הבריאות בגין בריאות הנפש והוצאות אחרות של המשרד. **ההוצאה הפרטית לבריאות** כוללת את הוצאות משקי הבית בגין השתתפויות עצמיות על שירותים שבסל, שירותי בריאות פרטיים (ובעיקר שירותי בריאות השן) וכן את הוצאות משקי הבית על רכישת ביטוחי בריאות פרטיים (שב"ן וביטוחים מסחריים).

**ההוצאה הציבורית לסיעוד** כוללת את ההוצאה על שירותי סיעוד בקהילה, שהסעיף העיקרי שבהם הינו מימון "חוק סיעוד" המאפשר לחלק מנזקקי הסיעוד לקבל מספר שעות סיוע שבועיות בביתו של נזקק הסיעוד ואת ההוצאה על אשפוז הסיעודי, אשפוז סיעודי מורכב ואשפוז תשושים.

**ההוצאה הפרטית לסיעוד** כוללת את ההוצאות הפרטיות של משקי הבית על העסקת מטפלים בבית, בעיקר עובדים זרים. (הוצאות אלה אינן מדווחות בסקר הוצאות המשפחה, וחישובן הוכן במשרד הבריאות עבור שנת 2010 בלבד) וכן את ההוצאות של משקי הבית על אשפוז סיעודי (כולל השתתפויות באשפוז במוסדות של משרד הבריאות).

## תמונת מצב - 2010

ההוצאה הלאומית ב-2010 על שירותי בריאות וסיעוד של האוכלוסייה בגיל השלישי הינה כ-23.3 מיליארד ₪ (13.6 מיליארד על בריאות ו-9.7 מיליארד על סיעוד). נפרט הוצאה זו לנפש.

סך ההוצאה הלאומית לבריאות וסיעוד בממוצע לנפש בגיל +65 עמדה על כ-31,000 ₪ ב-2010. 58% מהוצאה זו הופנו לשירותי בריאות, ואילו 42% הופנו לשירותי סיעוד. ההוצאה הציבורית מהווה שני שלישים מכלל ההוצאה על בריאות וסיעוד, ואילו חלקו של המימון הפרטי הוא שלישי. טבלה 2 מציגה את עיקרי הנתונים לפי סוג ההוצאה ומקור המימון.

**לוח 2:** ההוצאה הלאומית לבריאות וסיעוד הממוצעת לנפש בגיל +65, לפי סוג הוצאה ומקור מימון - 2010

סוג ההוצאה	ציבורי	פרטי	סה"כ
בריאות	12,939 (71.4%)	5,191 (28.6%)	18,130 (100%)
סיעוד	7,537 (58.4%)	5,373 (41.6%)	12,911 (100%)
סה"כ	20,476 (66.0%)	10,565 (34.0%)	31,041 (100%)

## ההוצאה לבריאות

בשנת 2010 ההוצאה הלאומית (ציבורית ופרטית) לבריאות בגיל השלישי היתה כ-18 אלף ₪ לנפש בגיל +65. תרשים 1 מראה את התפלגות ההוצאה על בריאות לפי סוגי ההוצאה העיקריים. מן התרשים ניתן לראות כי עיקר ההוצאה הוא על שירותי בריאות כלליים הניתנים בקהילה ובאשפוז. מרכיב ההוצאה השני הינו רכש תרופות - 17% מכלל ההוצאה על בריאות.

ניתוח ההוצאה על בריאות לפי מקורות המימון מראה כי 71% הן ממימון ציבורי ו-29% הן ממימון פרטי. נתון זה הינו משמעותי ביותר הן עקב ההכנסה הנמוכה

יחסית של הקשישים והן עקב הצורך המוגבר שלהם בשירותי בריאות. בחינת תמהיל המימון לפי קבוצות ההוצאה הראשיות מראה הבדלים במשקל המימון הפרטי: כמעט כל המימון של שירותי בריאות השן הינו פרטי, 51% מימון פרטי של התרופות ו-7% בלבד מימון פרטי של שירותי הבריאות הכלליים.

### ההוצאה לסיעוד

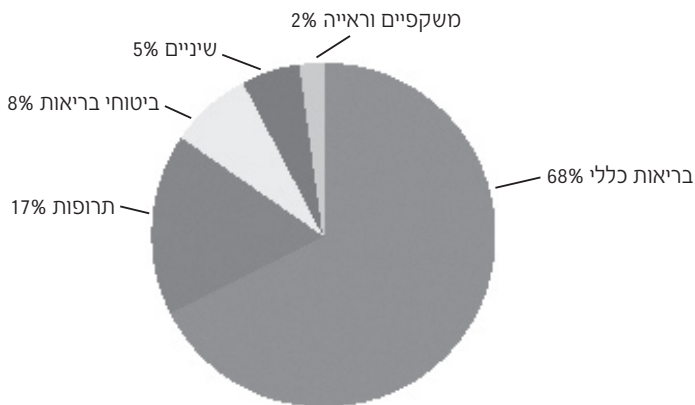
סך ההוצאה הלאומית השנתית הממוצעת לסיעוד בגיל השלישי לנפש הינה כ-13 אלף ₪ בשנת 2010.

תרשים 2 מציג את התפלגות ההוצאה הלאומית לסיעוד לפי מרכיבי ההוצאה העיקריים, וניתן לראות כי עיקר ההוצאה (65%) נובע מטיפול בקהילה ורק 35% הם בגין טיפול ממוסד בנזקקי הסיעוד.

ניתוח ההוצאה על סיעוד לפי מקורות המימון מראה כי המימון הציבורי מהווה 58% בלבד ממקורות המימון. המימון הציבורי בקרב מאושפזים במצב סיעודי מורכב, הנמצא תחת אחריות קופות החולים מהווה כ-84% מהמימון, זאת לעומת 64% בטיפול בקהילה, 51% באשפוז הסיעודי ו-20% בלבד במימון אשפוז התשושים.

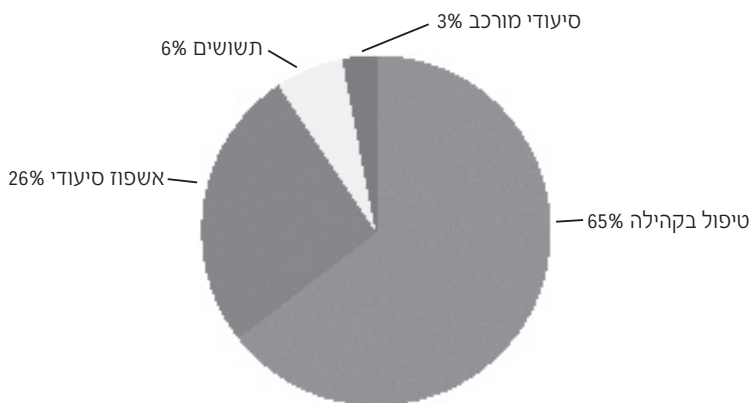
### תרשים 1: מרכיבי ההוצאה העיקריים של ההוצאה הלאומית לבריאות

בגיל 65+, 2010



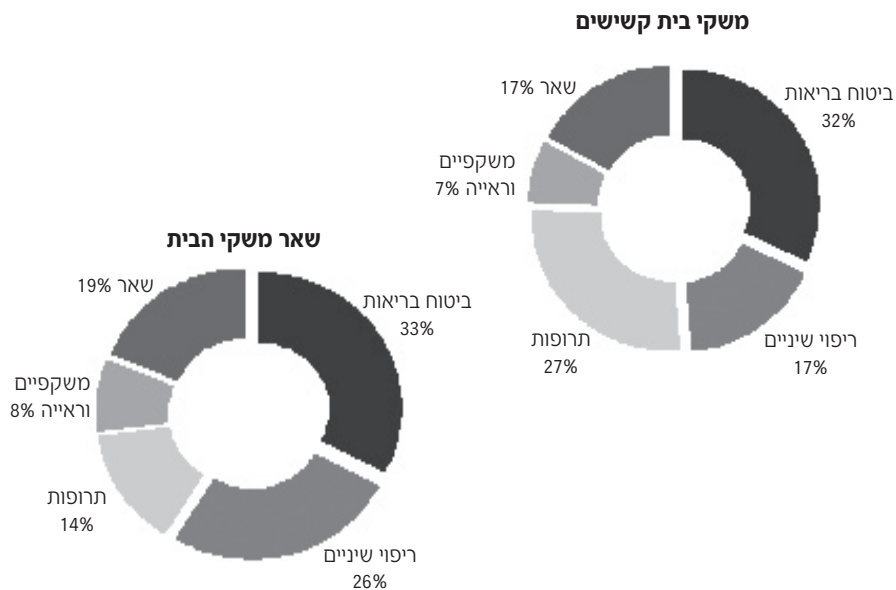
מקור: עיבוד משרד הבריאות עבור פרסום זה

**תרשים 2:** מרכיבי ההוצאה העיקריים של ההוצאה הלאומית לסיעוד  
בגיל השלישי, 2010



**מקור:** חורב, קידר והרשקוביץ, 2011

**תרשים 3:** התפלגות ההוצאה הלאומית הפרטית לבריאות לפי סוגי הוצאה,  
2010 (אחוזים)



**מקור:** הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ועיבודי המחברים

**לוח 3:** התפלגות סעיפי הוצאה הלאומית הפרטית לבריאות מסך הוצאה הלאומית הפרטית לבריאות - שנים נבחרות (אחוזים)

שאר משקי הבית			משקי בית קשישים			שנה
2010	2005	2000	2010	2005	2000	
<b>ביטוחי בריאות</b>						
20.1	16.8	14.4	19.9	15.8	11.2	ביטוח בריאות משלים
12.0	8.4	8.2	9.2	6.9	2.6	ביטוח בריאות בחברת ביטוח
0.6	0.5	0.7	2.8	3.7	4.1	ביטוח אחר
32.7	25.7	23.3	31.9	26.4	17.8	<b>סך הכול</b>
<b>ריפוי שיניים</b>						
26.1	28.9	27.7	16.6	19.1	24.0	
<b>תרופות</b>						
14.1	15.6	15.6	27.1	34.5	32.7	
<b>משקפיים וראייה</b>						
8.0	8.3	7.7	7.1	6.0	6.1	
<b>בריאות כללית</b>						
19.1	21.6	25.7	17.3	14.1	19.3	
100	100	100	100	100	100	<b>סך הכול</b>

**מקור:** הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ועיבודי המחברים  
הערה (1): בסעיף "בריאות כללית" נכללים שאר סעיפי הוצאה הישירים לבריאות הנבחרים בסקר הוצאות משק הבית. לדוגמה - תשלומים לרופא פרטי, תשלום עבור ניתוח פרטי, בדיקות מעבדה וצילומים ועוד.

השוואת הרכב ההוצאה הפרטית לבריאות לפי סעיפים בקרב משקי בית שבראשם קשיש להרכב ההוצאה של משקי הבית האחרים ב-2010 (לוח 3 ותרשים 3) מעלה כי בעוד שאחוז ההוצאה שהופנה לביטוחי בריאות דומה בשתי האוכלוסיות, אחוז ההוצאה המופנה לרפואת שיניים נמוך יותר בקרב משקי הבית שבראשם קשיש ואף נרשמה בו מגמת ירידה רצופה מאז שנת 2000. לעומת זאת, אחוז ההוצאה בגין תרופות גבוה יותר בקרב משקי הבית שבראשם קשיש בהשוואה לאחרים - אם כי גם בו נרשמה מגמת ירידה בעשור האחרון.

החלק היחסי של ההוצאה הפרטית מתוך ההכנסה הפנויה יכול לשמש מדד לנטל המימון על משקי הבית. נתוני סקר הוצאות המשפחה מלמדים שההוצאה לבריאות במשקי בית של קשישים היתה ב-2010 9.2% מההכנסה הפנויה של משקי בית אלה (בהשוואה ל-10% ב-2000). השיעור המקביל במשקי בית שאינם קשישים היה 5.3% ב-2010 (6.3% ב-2000).

### **ג. תחזית ההוצאה לבני 65+ ותמהיל המימון לשנים 2020 ו-2030**

התחזית מבוססת על ניתוח המגמות בשנים האחרונות והשלכותיהן לעתיד.

מקורות המידע והגדרות: בשל מגבלות הנתונים הגדרות רכיבי ההוצאה לצורך עריכת התחזית אינן חופפות במלואן להגדרות ששימשו אותנו בתיאור תמונת המצב של 2010 בסעיף הקודם<sup>3</sup>. יש לציין כי התחזיות אינן מתייחסות לשינויים שיקרו במאפיינים הפנימיים של האוכלוסייה הקשישה. לדוגמא, במהלך עבודת הצוות נמצא כי מספר שנות ההשכלה הממוצע של הקשישים בישראל הולך ועולה עם השנים וצפוי להמשיך לעלות בשנים הבאות. לעליה ברמת ההשכלה יש השפעות הן על מצב הבריאות של הקשישים ושימושם בשירותי בריאות והן להכנסתם אשר גם היא בעלת השפעה על גורמים אלו.

3 ההבדל העיקרי נובע מהנתונים על הוצאות משקי הבית על אחזקת מטפלים בקהילה, נתון שלא קיים לשנים הקודמות.



התחזית מבוססת על הנתונים הבאים: **ההוצאה הציבורית לבריאות בשנת 2006** נאמדה באמצעות נתונים מנהליים על ההוצאה של שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות<sup>4</sup> עבור כלל האוכלוסייה<sup>5</sup>. **ההוצאה הציבורית לבריאות ב-2010** מבוססת כאמור על נתונים מנהליים (כולל כאלה ששימשו את חישוב נוסחת הקפיטציה) והעומדים לרשות משרד הבריאות. **נתוני ההוצאה הציבורית לסיעוד** לשנים 2006 - 2010 נאספו בעיקרם מפרסום של משרד הבריאות בנושא הביטוח הסיעודי (חורב, קידר והרשקוביץ, 2011)<sup>6</sup>.

**נתוני ההוצאה הפרטית לבריאות** נאספו מסקרי הוצאות המשפחה של הלמ"ס לשנים 2000-2010. חשוב לציין שהנתונים מתייחסים רק להוצאה המדווחת בסקר על ידי משקי בית שבראשם קשישים, וזו אינה כוללת, למשל, תשלום למטפל סיעודי (כמו עובד זר)<sup>7</sup>. לפיכך, זהו אומדן חסר של ההוצאה הפרטית. התחזית אינה כוללת את ההוצאה הפרטית לסיעוד בשל היעדר נתונים זמינים.

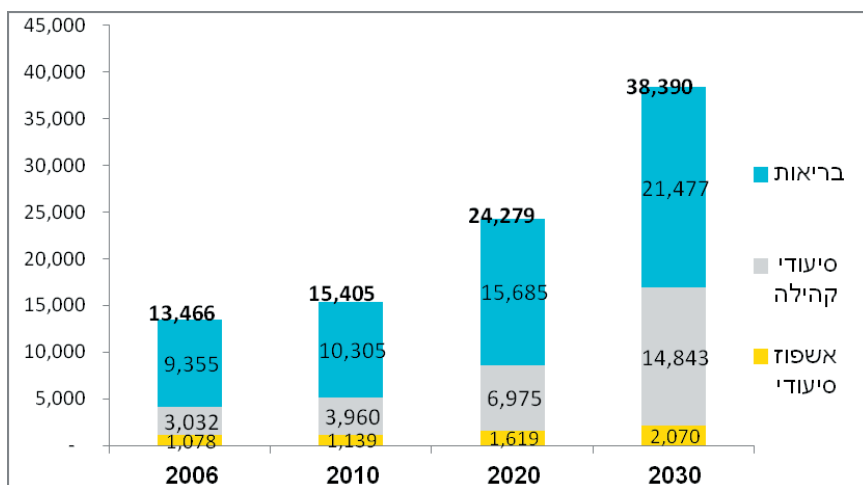
**תחזית ההוצאה הציבורית:** התחזית מתבססת על ההנחות הבאות: ההוצאה הציבורית **לנפש** עבור אשפוז סיעודי תישאר ללא שינוי בשני העשורים הקרובים<sup>8</sup>, ואילו ההוצאה הציבורית **לנפש** עבור טיפול סיעודי בקהילה תגדל ב-2.9% בממוצע לשנה - בדומה לגידול בשנים 2000-2010. ההוצאה הציבורית לבריאות לנפש תגדל ב-0.7% בממוצע לשנה - בדומה לשיעור השינוי שאפיין את השנים 2006-2010. כמו כן, התחזית מתבססת על גודל האוכלוסייה הצפוי בגילאי 65+ על-פי התחזית הבינונית של הלמ"ס לשנים 2020 ו-2030 (שנתון 2010, לוח 2.26).

תרשים 4 מציג את תחזית ההוצאה הציבורית לבריאות ולסיעוד בגילאי 65+ מ-2006 עד 2030.

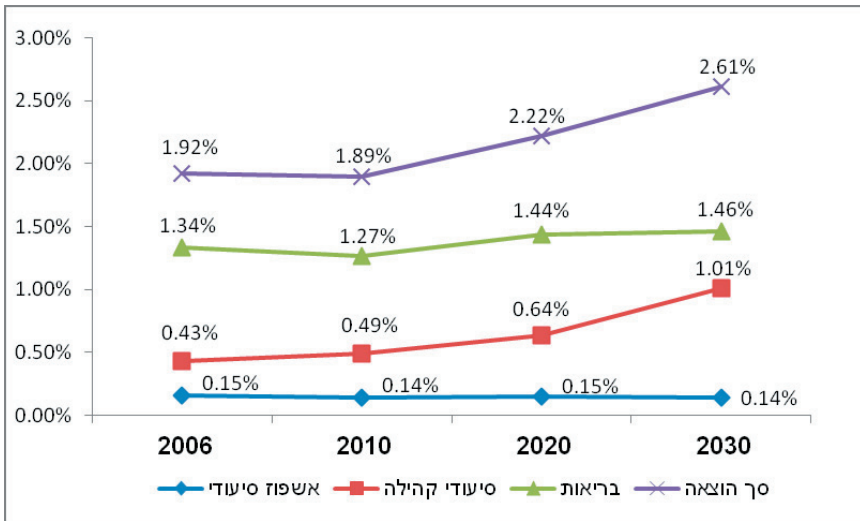
- 
- 4 עמדו לרשותנו נתוני 2001-2010 ממכבי שירותי בריאות ונתוני 2003-2010 משירותי בריאות כללית, אך מכיוון שנצפה שינוי מגמה ב 2006, נבחרה שנה זו כשנת הבסיס לתחזית.
  - 5 הנתונים הזמינים לצוות לא אפשרו ניתוח לפי גיל ומין.
  - 6 נציין שבעקבות שינוי המדיניות בתחום ההקצאה לקודים שחל במחצית העשור הקודם, נמנענו מלהתבסס על נתוני עשור השנים 2000-2010.
  - 7 ההוצאה כוללת אחזקת קרובים בבית חולים סיעודי.
  - 8 בהוצאה זו נרשמה ירידה של 1.4% בממוצע לשנה בשנים 2006-2010 בשל התעריפים הנמוכים שהופיעו במכרזים החדשים.

נתייחס עכשיו לגידול בהוצאות ביחס לתוצר. הדבר קשור כמובן בהנחות לגבי הגידול בתוצר עצמו. תרשים 4 מציג את השינוי בחלק היחסי של ההוצאה הציבורית לבריאות ולסיעוד לבני 65+ מהתוצר בהנחה שהתוצר יעלה ב-3% בממוצע לשנה. בשל ההנחה כי לא צפוי שינוי בהוצאה לנפש בסעיף אשפוז סיעודי ובשל התחזית ששיעור השינוי הצפוי במספר הנפשות בני 65+ דומה בקירוב לשיעור השינוי הצפוי בתוצר, מתקבל כי חלקה היחסי של הוצאה זו מהתוצר נותר ללא שינוי. לעומת זאת, נצפית עלייה בחלקה היחסי של ההוצאה בגין בריאות וסיעוד בקהילה מתוך התוצר, כך שסך ההוצאה הציבורית מהתוצר צפוי לעלות מ-1.92% ב-2006 ל-2.61% ב-2030. לאור זאת, יידרשו מקורות מימון נוספים על אלה הקיימים כיום או שינוי בסדרי עדיפויות של הממשלה.

**תרשים 4:** תחזית ההוצאה הציבורית לבריאות ולסיעוד בגילאי 65+ בשנים 2020 ו-2030 (מיליוני ₪, מחירי 2010)



**תרשים 5:** ההוצאה הציבורית לבריאות ולסיעוד כאחוז מהתוצר\* (מחירי 2010)  
לפי סעיפי הוצאה, תחזית לשנים 2020 ו-2030 בגילאי+65



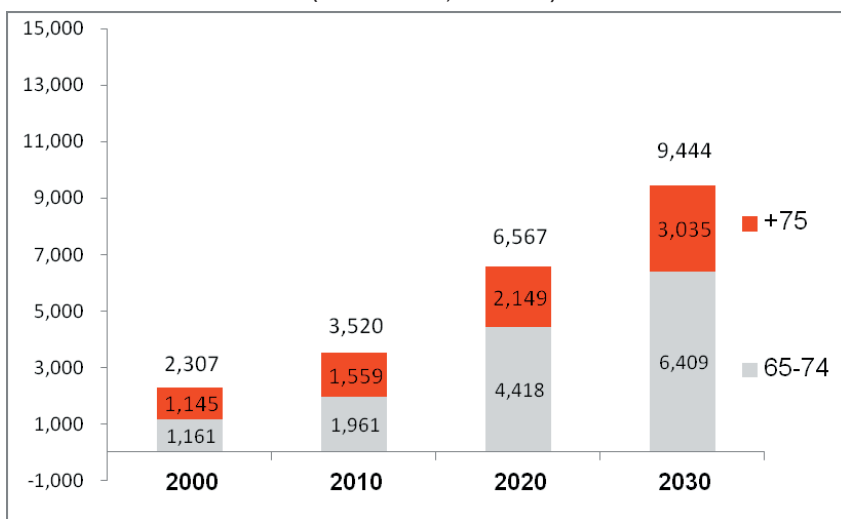
\* החישוב מניח שיעור שינוי שנתי ממוצע של 3% בתוצר (במחירי 2010)

**תחזית ההוצאה הפרטית:** תרשים 6 מציג את תחזית ההוצאה הפרטית בשני העשורים הבאים. התחזית מתבססת על נתוני סקר ההוצאות של משקי הבית בשנים 2000-2010 (כאמור, הוצאה זו אינה כוללת את ההוצאה הפרטית בגין סיעוד בקהילה). בשלב ראשון חושבה ההוצאה הפרטית **לנפש** במשקי בית שבראשם קשיש (תוך התחשבות בכל הנפשות במשק הבית<sup>9</sup>), ולאחר מכן חושבה סך ההוצאה על ידי הכפלת ההוצאה לנפש במספר הנפשות הקשיות באוכלוסייה (כולל נפשות קשיות החיות במשקי בית צעירים). החישוב נעשה בנפרד לשתי קבוצות: גילאי 65-74 ו-75+. לצורך התחזית הנחנו ששיעור השינוי הממוצע השנתי בהוצאה הפרטית לנפש בגילאי 65+ (כ-2%) יישמר גם בשני העשורים הבאים בשתי תת-קבוצות הגיל של הקשישים. כמו כן, התבססנו על התחזית הבינונית של הלמ"ס עבור גודלה הצפוי של האוכלוסייה בגיל 65+ (שנתון 2010, לוח 2.26).

9 כידוע, משקי בית שבראשם מבוגר בן 65+ עשויים לכלול גם פרטים צעירים, אולם מבדיקה שלנו עולה כי כ-80% מהנפשות במשקי בית אלה הם מבוגרים בני 65+.

בעוד שההוצאה הפרטית גדלה ב-53% בין השנים 2000 ל-2010 (כ-4% במוצע לשנה), היא צפויה לגדול ב-87% בין 2010 ל-2020 (כ-6.5% במוצע לשנה) וב-44% בין 2020 ל-2030 (3.7% במוצע לשנה). המשמעות היא עלייה בנטל המימון כאחוז מההכנסה הפנויה - במידה וההכנסה הפנויה תגדל בשיעור שאפיין את השנים 2000-2010<sup>10</sup>. בנספח המצורף ניתן לראות תרשימים נוספים אשר מתארים את התפתחות ההוצאה וכן את התחזיות לפי סוגי ההוצאה השונים וגם לפי חמישוני הכנסה.

**תרשים 6:** תחזית ההוצאה הפרטית לבריאות בגילאי 65+ בשני העשורים הבאים (מיליוני ₪, מחירי 2010)



10 ההכנסה הפנויה גדלה בכ-3% במוצע בשנה בדומה לגידול הממוצע בתוצר.

**המלצות משתתפי כנס ים-המלח:**

1. תמהיל המימון הפרטי הנוכחי אינו עומד בקנה אחד עם עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי ויש אחידות דעים כי צריך לעצור את המגמה של העלייה במימון הפרטי של ההוצאות לבריאות וסיעוד של הקשישים ולצמצם את המימון הפרטי.
2. יש ליצור אוניברסאליות בשירותי הסיעוד במערכת הציבורית ולהבטיח סל שירותים מספק לכל התושבים. מעל לרובד הבסיסי הציבורי יש מקום לרובד וולנטרי של ביטוחים פרטיים.
3. מבחני ההכנסה כיום שוללים מחלק מהמבוטחים את הזכאות לקבלת מימון ציבורי בשירותי הסיעוד. משתתפי הכנס הסכימו על כך שיש לשנות את המצב הנוכחי. אולם היו חילוקי דעות לגבי הכיוון של השינוי המומלץ. הכיוון האחד שהוצע היה, שלאור מגבלות התקציב הציבורי, יש מקום לקיים מבחני הכנסה אולם יש להסתייע בהם רק כדי לקבוע את רמת הזכאות ואסור שיהיה בהם כדי להביא לשלילה מוחלטת של הזכות למימון ציבורי. הכיוון השני שהוצע גרס כי מאחר ועל הסל להיות אוניברסאלי, יש לבטל את מבחני ההכנסה כליל ולקבוע את רמת הזכאות אך ורק לפי המבחן התפקודי.
4. יש צורך להגדיל את ההקצאה הציבורית הנוכחית לבריאות וסיעוד. ישנו מגוון של מקורות אפשריים למימון התוספת להקצאה הציבורית.
5. כל שינוי מבני עתידי חייב להיות מלווה בתקציב מספק. לא ניתן לקיים רפורמה בתקצוב חסר.

## רשימת מקורות:

Brodsky J, Shnoor Y, Be'er S. (Eds.) 2010. The Elderly in Israel - Statistical Abstract. Brookdale Institute, and ESHEL, Jerusalem. Available at: <http://www.jdc.org.il/mashav/>

Bryant J, Sonerson A. 2006. Gauging the Cost of Aging. Finance & Development 43(3): 48-50.

Davig T, Leeper EM. 2011. Temporarily unstable government debt and inflation. IMF Economic Review 59 (2): 233-270.

de Castries H. 2009. Ageing and long-term care: key challenges in long-term care coverage for public and private systems. The Geneva Papers, 34: 24-34.

Getzen TE. 1992. Population aging and the growth of health expenditures. Journal of Gerontology 47 (3): S98-S104

Giannakouris K. 2008. Aging characterizes the demographic perspectives of the European societies. EUROSTAT Statistics in Focus, Population and Social Conditions 72: 1-12

Jacozone S, Cambois E, Robine JM. 2000. Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population aging? OECD Economic Studies No. 30: 149-90

Mayhew L, Karlsson M, Rickayzen B. 2010. The role of private finance in paying for long term care. Econ J 120: 478-504

Newhouse JP. 1993. An iconoclastic of health cost containment. Health Affairs 12 (suppl 1): 152-171

O'Donnell O, van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, et al., 2007. The incidence of public spending on healthcare: comparative evidence from Asia. The World Bank Economic Review 21 (1): 93-123

Tuohy CH, Flood CM, Stabile M. 2004. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. J Health Polit Policy Law. 29(3):359-96

van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP. 2007. Catastrophic payments for health care in Asia. Health Econ 16(11):1159-84

ברודסקי ג. רוניצקי ש. סיטרון ד. בחינת סוגיות בטיפולם של בני המשפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותכניות לסיוע ולתמיכה, מכון ברוקדייל, ירושלים, 2011

חורב ט. קידר נ. הרשקוביץ ע. רפורמה ביטוח הציבורי בתחום הסיעוד. משרד הבריאות, ירושלים, 2011.

## פרק 2 - ביטוחי בריאות וסיעוד פרטיים

### 1. כללי

מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995 מתקיימים בישראל שלושה סוגים של ביטוחי בריאות, ביטוח בריאות ממלכתי שלצדו מוצעים שני סוגי ביטוח בריאות וולונטריים. סוג אחד הוא "שירותי הבריאות הנוספים" (שב"ן) שקופות החולים מציעות ומנהלות, המכונה מאז 1998 "ביטוח משלים". הסוג השני הוא ביטוח בריאות מסחרי שמציעות חברות הביטוח. ההצטרפות לשני סוגי הביטוח היא וולנטרית והפרט מתבקש לשלם פרמיה חודשית נוסף על התשלום החודשי בעבור מס בריאות. ביטוח סיעודי ניתן רק בביטוח המסחרי, ולא בתכניות השב"ן.

ההוצאה הצפויה של חברת ביטוח על פוליסת ביטוח קשורה למאפייני הפרט שרכש את הפוליסה. ההוצאה הצפויה עבור פרט מבוטח גדלה ככל שעולים סיכויי להשתמש בביטוח. לצורך ניהול הפוליסה חיוני לחברה המבטחת שיהיו לה המידע והאמצעים המספיקים כדי להעריך את ההוצאה הצפויה עבור כל מבוטח וכדי לקבוע את הפרמיה המתאימה.

כאשר חברת ביטוח אינה יכולה לגבות את הפרמיה המתאימה מבעלי סיכוי גבוה להשתמש בביטוח, בין אם זה בגלל שהיא אינה יכולה לזהות אותם (אינפורמציה א-סימטרית) ובין אם זה בגלל רגולציה האוסרת עליה לדחות בעלי סיכון גבוה, מתעורר בשוק כשל השוק ברירה שלילית (Adverse Selection).

מחקרים רבים בדקו האם כשל השוק מסוג ברירה שלילית מאפיין את ביטוחי הבריאות. כלומר, האם אנשים בעלי סיכון גבוה לחלות / להשתמש נוטים לרכוש יותר ביטוח בריאות (יותר תוכניות ו / או תוכניות יותר נדיבות). הממצאים מצביעים על כך שככל שהשוק יותר תחרותי ופחות מפוקח בעלי סיכון גבוה נוטים לרכוש יותר ביטוח - אך משלמים עליו הרבה כסף, ואילו בעלי סיכון נמוך רוכשים כסיו חלקי (עם "חורים") או לא רוכשים ביטוח כלל (Cohen and Siegelma, 2010; Glazer and McGuire, 2009).

כדי להתמודד עם כשל השוק מסוג ברירה שלילית עומדות לרשות החברות המבטחות דרכים המאפשרות להן ל"גרוף את השמנת" (cream skimming)

ולבטח את בעלי הסיכוי הנמוך להשתמש בביטוח. לחברות המבטחות דרכים רבות לגריפת שמנת: פעולות ישירות כגון החיתום הרפואי וההחרגות, ופעולות עקיפות כגון תכנון סל השירותים המכוסה כך שיהיה פחות אטרקטיבי לפרטים בעלי סיכון גבוה, "משחק" במכניזם של ה-cost sharing, הסכמים עם נותני שירותים מסוימים / חלוקת הסיכון עם נותני השירותים, ואיכות ירודה של שירותים לקבוצות בהם יש ריכוז של בעלי סיכון גבוה.

עובדה ידועה היא שככל שהאדם מתבגר כך עולה ההסתברות שלו לחלות במחלה ולהיות מוגבל מבחינה פיזית. אמנם הגיל עצמו אינו מחלה, אך עם העלייה בגיל מתרבות המחלות, ובעיקר המחלות הכרוניות. לדוגמא, מחלות כלי דם, יתר לחץ דם וסוכרת המובילים לאוטמים בלב ובמוח ולירידה בתפקוד. גם ירידה במסת העצם ובעקבותיה שברים לסוגיהם (בעיקר שבר צוואר הירך), הפרעות בראיה ובשמיעה ומחלות ממאירות לסוגיהן המגדילות את השימוש של קשישים בשירותי בריאות ובשירותי הסיעוד והרווחה (שטסמן ואחרים, 2000).

מכאן שגיל מבוגר מהווה קירוב טוב להגדרת המבוטח כבעל סיכון ביטוחי גבוה, גם ללא תהליך של חיתום רפואי. עובדה זו עלולה לחשוף את האוכלוסייה המבוגרת לפעולות אינטנסיביות לגריפת שמנת מצד החברות המבטחות, אשר משמעותה ביטוח חסר או אי מתן שירות לאוכלוסייה המבוגרת.

יש לציין כי זהו מסמך ראשוני בלבד הנוגע רק בקצה הקרחון של נושא זה, הצוות ומשתתפי הכנס הסכימו על הצורך במחקר מעמיק, בהסרת חסמים לנגישות לנתונים קיימים וביצירת תשתית מידע שאינה קיימת כיום. אנו סבורים כי יש להרחיב ולהעמיק את יריעת המידע הקיים היום בקרב מקבלי ההחלטות בנושאים אלו.

בעת בחינת הנושא עמדו לנגד עינינו **שלוש הנחות מרכזיות:**

1. לאור היקף ההוצאה הנדרש כבר כיום והצפי לגידולו בעתיד (כמוצג בפרק הקודם), המימון הציבורי של הטיפול הרפואי והסיעודי הינו מוגבל. גם בהנתן חוק ביטוח בריאות ממלכתי אשר כולל רכיב סיעודי וגם אם יורחב הביטוח הסיעודי לטיפול בקהילה במסגרת הביטוח הלאומי, תמיד תידרש מעורבות מסוימת של הזקן ובני משפחתו במימון ההוצאות הרפואיות והסיעודיות (כולל הוצאות נלוות לטיפול).



2. משום כך, המדינה מעוניינת לעודד את הפרט להיערך מבחינה פיננסית לעת זיקנה. לא זו בלבד שהמדינה אינה שוללת את קיומו של שוק ביטוח סיעוד פרטי, לצד המערכת הציבורית, אשר מהווה מוצר נלווה למוצר הציבורי, אלא היא גם מאפשרת אותו.

3. לפיקוח יעיל ונכון על שוק ביטוחי הבריאות והסיעודי קיימת חשיבות גבוהה הן בהיבטים הקשורים לפעילותו השוטפת והן בהיבטים הקשורים להשפעות של שוק זה על המערכת הציבורית על מרכיביה השונים.

## 2. המצב הקיים ועיקרי ההתפתחויות

כעת נציג את כל אחד מסוגי הביטוח (שב"ן, בריאות מסחרי וסיעודי) מנקודת מבטה של האוכלוסייה הקשישה בשלושה תחומים: א. היצע (הכיסוי הביטוחי והתנאים), ב. נתונים כספיים (בעיקר מהיבט של מחיר הביטוח), ג. ביקוש (האוכלוסייה המבוטחת).

### 2.1 שב"ן - שירותי בריאות נוספים ("הביטוח המשלים" של קופות החולים)

תוכניות השב"ן של קופות החולים הן תוכניות בעלות אופי של ביטוח חברתי אשר חלות עליו הגבלות של איסור החרגות וחיתום רפואי. הגוף המפקח הוא משרד הבריאות באמצעות הסמנכ"ל לפיקוח ובקרה על קופות חולים ושב"ן. המוצר נתפס כחלק מהמערכת הציבורית שכן הוא משווק ומסופק על ידי קופות החולים האחריות גם על הספקת שירותי הסל הבסיסי.

תוכניות השב"ן נמצאות בתווך שבין הביטוח הציבורי לביטוח המסחרי. עקרונות הפעלתן לקוחה מעולם הביטוח המסחרי לדוגמא: האקטואריה דומה לביטוחי בריאות קבוצתיים, ההצטרפות וולונטרית, ההצטרפות מותנית בתשלום 'פרמיה' חודשית, וקיומן של תקופות המתנה לחלק מהשירותים. מאידך עקרונות לפיהן פועלות התוכניות מקרבות אותן לסל הבסיסי - לדוגמא: מאפייני ה'מבטח' (פועל שלא למטרות רווח), מתבססות על עקרונות חברתיים של ערבות הדדית (לדוגמא: אין אפשרות ל'סינון' מבוטחים, סבסוד צולב), כוללות גם שירותים ששכיחותם גבוהה, חקיקה ייעודית - חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ערכאה שיפוטית-בי"ד לעבודה ורגולציה המתבצעת על ידי משרד הבריאות. כמו כן מעורבות של המדינה בסל השירותים המוצע - הן בהכתבה מה לא ייכלל בסל השב"ן (סיעוד,

תרופות מצילות חיים, פיצוי כספי כתחליף לשירות, ביטול השתתפויות עצמיות - למעט סיעוד מורכב, בחירת מנתח ללא השתתפות עצמית) והן לגבי השירותים שיאושרו והרובד הביטוחי בהן ייכללו.

בתוכניות השב"ן קופות החולים יכולות לכלול רק שירותים שאינם כלולים בסל הבסיסי: "שירותים משלימים" את הניתן בסל הבסיסי (כלומר, שירותים שאינם כלולים בסל הבסיסי), "שירותים המרחיבים" את הניתן בסל הבסיסי (יותר כסף, יותר טיפולים וכדומה), "שירותים המשפרים" את הניתן בסל הבסיסי (שירותים הניתנים באופן פרטי כגון בחירת מנתח וחוות דעת שנייה).

#### א. הכיסוי הביטוחי בתוכניות השב"ן

במחקר של ברמלי-גרניברג וגרוס (2011) נבדקו ההתפתחויות בסלי השירותים של הביטוחים המשלימים. שירותים שהתווספו לתוכניות השב"ן סווגו על ידי צוות המחקר ואנשי מקצוע לפי אוכלוסיות יעד שלהן סיכוי גבוה להשתמש בתחומי הכיסוי (הנהנים העיקריים מהשירות): בריאים, משפחות צעירות וילדים, קשישים, חולים (חולים כרוניים, חולים במחלות קשות וחולים קלים), וכלל האוכלוסייה. כמובן שהשימוש בשירותים המוגדרים כמיועדים לכלל האוכלוסייה עולה בדרך כלל עם הגיל ועם החמרת המחלה. כלומר, קשישים בדרך כלל משתמשים יותר בשירותים אלו מאשר הצעירים.

מהסיווג עולה כי כמחצית מהשירותים שהתווספו לתוכניות השב"ן מאז 1996 הם שירותים שהנהנים העיקריים מהם הם **אנשים חולים** (חולים כרוניים, חולים קשים או חולים קלים) (לוח 1). בין השירותים הבולטים לאנשים חולים נציין את הציוד הרפואי לשימוש כרוני (טיפול, תומך ואחר), חוות דעת שנייה של רופא מומחה מחו"ל, השתלות וטיפולים להצלת חיים או למניעת נכות בחו"ל, הבראה לאחר אירוע לב והתעמלות שיקומית לאחר אירוע לב, מכשירים לבדיקה עצמית ועוד.

כחמישית מהשירותים מיועדים **לבריאים, למשפחות צעירות ולילדים**: רפואה מונעת ורפואת ספורט, טיפולי הפריה ולידה פרטית, בדיקות לנשים בהיריון וליילודים, חיסונים למטיילים בחו"ל, אבחון דיכטטי, אבחון הפרעות קשב וריכוז, טיפולים פרה-רפואיים לילדים ועוד.

כעשירית מהשירותים מיועדים **לקשישים בלבד**: טיפולים רפואיים בבית, טיפולי פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק לקשישים, שיקום דיבור, פעילות גופנית מבוקרת לבעלי גורמי סיכון ועוד.

שאר השירותים אופיינו כשירותים **לכלל האוכלוסייה** (טיפול שנייים ואורתודנטיה, ייעוץ דיאטטי, ניתוחים פלסטיים, טיפולי פסיכותרפיה, טיפולי הידרותרפיה, בדיקות אונקוגנטיות ועוד).

מהמחקר עולה כי רוב השירותים שהתווספו (80%) מותאמים לצרכים של הקשישים בכלל והקשישים החולים בפרט. מכאן שלא ניתן לקבוע כי קופות החולים בוחרות להוסיף לביטוח המשלים שירותים שמותאמים בעיקר לקבוצות אוכלוסייה של הצעירים והבריאים ("השמנת").

**לוח 1:** אוכלוסיית היעד לשירות (הנהנים העיקריים מהשירות) (באחוזים)

אחוז מכלל השרותים שהתווספו	
<b>100</b>	<b>סך-הכל</b>
20	בריאים/משפחות צעירות וילדים
10	קשישים
50	חולים כרוניים, חולים במחלות קשות וחולים קלים
20	כלל האוכלוסייה

**מקור:** ברמלי-גרינברג וגרוס 2011

אולם יש לזכור כי כדי לענות באופן מלא על השאלה האם תוכניות השב"ן אכן נותנות מענה כסויי מספק לקשישים מבחינת עלות / תועלת יש לבדוק את נתוני השימושים לפי גיל ותחומי כיסוי. אולם נכון להיום נתונים כאלו אינם זמינים לקובעי המדיניות ולציבור החוקרים.

מעט ניתן ללמוד על סוגיה זו מתוך נתוני השימוש המצרפיים לכלל האוכלוסייה בשירותים המכוסים בתוכניות השב"ן. נתונים אלו מלמדים כי ב-2009 כמחצית מסך ההוצאות הרפואיות של קופות החולים בתוכניות השב"ן היו על ניתוחים פרטיים

בחירת מנתח ועל חוות דעת שנייה. תרופות, חיסונים ורפואת שיניים היוו כ-20% נוספים. ההוצאה על שירותי הריון ולידה ושירותים לילד היתה רק 12% מסך ההוצאה (משרד הבריאות, דוח מסכם לפעילות השב"ן 2010).

### **ב. פרמיות ותשלום השתתפות עצמית**

בכל תוכניות השב"ן הפרמיות עולות עם הגיל, וקבוצות הגיל שלפיהן נקבעות מדרגות התשלום שונות בכל תוכנית. בלוח 2 מובאת השוואה של סכומי הפרמיות נכון ליולי 2010. מהלוח עולה כי קיימים הבדלים בגובה הפרמיות בין התוכניות השונות, אולם ברוב התוכניות בולטת "הקפיצה" בתעריפים בגיל המבוגר. חשוב להדגיש כי ההשוואה בין הפרמיות אינה מביאה בחשבון את ההבדלים בכיסויים בין התוכניות השונות, בתנאים, וברשימות הספקים אשר בהסכם. ואת התעריפים האחידים למשפחות.

**לוח 2: השוואת פרמיות (בש"ח) עבור תוכניות השב"ן נכון ליולי 2010**

לאומית(4)		מאוחדת(2)		מכבי(4)		כללית		קבוצת גיל
זהב	כסף	שיא(4)	עדיף(1)	זהב(8)(6)	כסף	פלטינום(5)(6)	מושלם(3)(4)(7)	
11.16	7.58	48	36	16.19	1.68	22.89	3.33	0-17
23.88	18.25			56	44	33.74	19.21	68.30
		52.03	74					
61.44	24.39	96	59	60.31	35.92	87.31	42.62	24
67.97	25.73							112
79.92	26.86	126	71	88.49	37.46	149.39	60.97	
86.57	27.64							138
86.82	30.35	154	71	80.92	36.93	143.82	59.30	
96.14								31.95
99.03	35.81	183	71	80.92	36.93	143.82	59.30	
102.28								36.94
103.25	36.94	183	71	80.92	36.93	143.82	59.30	
103.26								36.94
103.25	36.94	183	71	80.92	36.93	143.82	59.30	
								36.94
	36.94	183	71	80.92	36.93	143.82	59.30	
								36.94
	36.94	183	71	80.92	36.93	143.82	59.30	
								36.94
	36.94	183	71	80.92	36.93	143.82	59.30	
								36.94
	36.94	183	71	80.92	36.93	143.82	59.30	
								36.94

- (1) במאוחדת עדיף קיים תעריף למשפחה, ללא תלות במספר הנפשות, של 94 ש"ח. כאשר ראש המשפחה מעל גיל 55, הפרמיה הינה על סך 101 ש"ח.
- (2) מרבית המבוטחים בגילאים 0-18 נכללים בתעריף המשפחתי כאמור בהערה 1, ולפיכך עבור "מאוחדת עדיף" אינם מחוייבים בתוספת תשלום, עבור "מאוחדת שיא" ישנה תוספת של 12 ש"ח.
- (3) בכללית מושלם תעריף ילד ללא מבוגר בקבוצת גיל 0-17 הינו 12.55 ש"ח.
- (4) ילד רביעי ומעלה - חינם.
- (5) תוכנית חדשה שהחל שיווקה בתחילת שנת 2007.
- (6) הנתונים הינם למצטרפים לתוכנית מיום 23.12.2007.
- (7) בקבוצות הגיל של 0-49 הופחתו דמי החבר לעמיתי כללית מושלם בשל הוצאת טיפולי שיניים משמרים לילדים בגילאי 0-8 מתוכניות השב"ן והכללתם בסל הבריאות הממלכתי.
- (8) ביום 1.1.2010 אושרו שינויים בתוכנית השב"ן של מכבי, אשר כללו עליה בדמי החבר.

**מקור:** משרד הבריאות, דוח מסכם לפעילות השב"ן 2010

מבחינת ההשתתפות העצמית, כל התוכניות גובות השתתפות עצמית עבור השירותים המכוסים. בחלק מהכיסויים התוכניות נוהגות לשלם ישירות לספקים שבהסכם והמבוטח משלים את ההוצאה ובחלק אחר יש תוכניות המשפות כנגד קבלות בשיעור מסוים מההוצאה.

תעריפי ההשתתפויות העצמיות אינם מדורגים לפי גיל. אולם כאמור, הסיכוי להשתמש עולה עם הגיל והשתתפות עצמית מהגדרתה היא תשלום גרסיבי ממי שמשתמש, כך ששיעור ההשתתפות של המבוגרים בסך כל תשלומי ההשתתפויות העצמיות גבוה יותר.

יש לציין כי קיים קושי בהשוואה בין התוכניות ובין הכיסויים השונים בגובה ההשתתפות העצמית בגלל הדרכים השונות לקביעת ההשתתפויות העצמיות בין הכיסויים השונים ובין התוכניות השונות. בתחומים מסוימים ההשתתפות העצמית גבוהה ויכולה להגיע לאלפי שקלים, אך בתחומי הכיסוי השגרתיים, ההשתתפות העצמית אמנם נמוכה יחסית, אולם היא יכולה להגיע לשיעור גבוה מהתשלום בפועל (ברמלי-גרינברג ואחרים, 2007).

### **ג. האוכלוסייה המבוטחת**

מסקר בקרב האוכלוסייה בני 22 ומעלה בישראל עולה כי ב-2009 נמצאה עלייה בשיעורי בעלי תוכניות שב"ן בקרב הקשישים (80% ב-2009 לעומת 73% ב-2007). ולראשונה שיעורי הבעלות על תוכניות השב"ן בקרב הקשישים דומים לשיעורי הבעלות בקרב האוכלוסייה הכללית (לוח 3) (ברמלי-גרינברג ואחרים, 2011). יש לציין כי גם לפי נתוני משרד הבריאות על שעורי המבוטחים בשב"ן עולה כי שיעור הקשישים המחזיקים בשב"ן דומה לשיעור הכללי ועומד על 71%.

בלוח 3 מפורט שיעור הבעלות על ביטוח משלים לפי גיל בשנים 1999-2009

**לוח 3:** שיעור הבעלות על תוכניות השב"ן לפי גיל 1999-2009 - נתוני סקר מכון ברוקדייל בקרב האוכלוסייה הבוגרת

בעלות על שב"ן (באחוזים מתוך כלל האוכלוסייה)						
2009	2007	2005	2003	2001	1999	גיל
78.6	82.0	78.1	70.2	64.4	54.0	44-22
83.4	81.3	84.3	76.1	66.6	56.5	64-45
80.2	73.2	67.3	60.8	58.4	34.0	65+
80.6	80.3	78.7	71.5	64.2	51.4	סה"כ

**מקור:** ברמלי-גרינברג וישראל 2011

יש לשים לב ששיעור המבוטחים ברובד השני של תוכניות השב"ן (מכבי מגן זהב, כללית פלטינום, מאוחדת שיא ולאומית זהב) בדרך כלל נמוך יותר ויורד עם הגיל<sup>11</sup>, אולם נכון להיום נתונים אלו אינם מפורסמים בדוחות לציבור.

## 2.2 ביטוח בריאות מסחרי

קיום ביטוח בריאות וולנטרי לצד הביטוח הממלכתי מאפשר לפרט לבטא במידה מסוימת את האחריות האישית שהוא לוקח על בריאותו. הביטוח המסחרי מוצע על ידי חברות ביטוח מסחריות למטרות רווח. הוא איננו ביטוח חברתי ולא חלות עליו אותן ההגבלות החלות על תוכניות השב"ן (כגון איסור החרגות וחיתום רפואי). הגוף המפקח על ביטוח הבריאות המסחרי הוא משרד האוצר באמצעות אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון.

למרות הקשר הבולט בין גיל וביטוח בריאות אין נתונים מנהליים לפי גיל הנגשים לחוקרים, על כן חוקרים המבקשים לבחון את הקשר שבין גיל וביטוח בריאות מסחרי נאלצים להסתמך על סקרי אוכלוסייה.

11 כפי שניתן לראות למעלה (לוח 2) הפרמיות הנגבות עבור הרובד הנוסף של תוכניות השב"ן גבוהות מאד בגיל המבוגר יחסית לאלו של הרובד התחתון.

**א. הכיסוי הביטוחי**

בניגוד לתוכניות השב"ן אין מגבלת כיסוי על פוליסות הביטוח המסחרי והן יכולות לכלול שירותים הכלולים בסל. פוליסות המכסות שירותים הכלולים בסל הבסיסי יכולות לתת את השירותים הנ"ל או במסגרת פרטית או כפיצוי כספי למבוטח שהוכיח שגזקק לשירות.

שוק ביטוח הבריאות המסחריים בישראל מציע לציבור מגוון רב של כיסויים (פרט לטיפול סיעודי שידון בפרק הבא). בין היתר מוצעים כיסויים עבור:

- ◆ הוצאות רפואיות, כולל ניתוחים, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, מימון תרופות יקרות שאינן כלולות בסל הבסיסי, טיפולים אמבולטוריים ועוד;
- ◆ ביטוח שיניים;
- ◆ מחלות קשות;
- ◆ ביטוח נכויות ותאונות אישיות;
- ◆ ביטוח סיעודי (יידון בסעיף הבא)

ברוב תחומי הכיסוי, הסיכוי להשתמש בביטוח עולה עם הגיל. כתוצאה מכך מהיבט של הכיסוי נוצרות נקודות ממשק רבות בין הביטוח המסחרי לגיל המבוטח המגבילות את האנשים המבוגרים. לדוגמא:

1. מחלות קשות: כידוע במסגרת הסל הבסיסי קופות חולים מעניקות טיפולים רפואיים גם למחלות קשות. מעבר לטיפול רפואי, הקופה אינה רשאית להעניק פיצוי כספי במקרה של גילוי מחלה קשה. פוליסת ביטוח מסחרי המכסה מחלות קשות מעניקה פיצוי כספי ידוע מראש במקרה והמבוטח לוקה במחלה או באירוע רפואי חמור. אולם רוב הפוליסות מסתיימות בהגיע המבוטח לגיל 65 עד 75. גם פוליסות המסתיימות בגיל המבוגר מגיל 65 מקטינות את הפיצוי הכספי עד סיום הפוליסה בגיל הקבוע בפוליסה.

2. ישנן פוליסות אשר מגבילות את "התשלום במקרה מוות במהלך ניתוח" לכך שהמבוטח מעל גיל 21 ומתחת לגיל 65. הגבלה זו נכונה גם במקרה של תשלום בגין אובדן כושר עבודה כתוצאה מביצוע ניתוח, שכן תשלום זה ניתן רק למבוטח שגילו מעל 21 ומתחת לגיל 65 ובכל מקרה נפסק כשהמבוטח מגיע לגיל 65.



3. את הביטוח המסחרי ניתן לרכוש כביטוח פרט או כביטוח קבוצתי (קולקטיבי). ביטוח קבוצתי מוצע לקבוצה של 50 מבוטחים לפחות, בעלי מכנה משותף, כגון עובדים או חברים בארגון. כיום כמחצית משוק ביטוחי הבריאות המסחריים הוא ביטוח קבוצתי. רוב הביטוחים הקבוצתיים נמכרים לקבוצות עובדים. כאשר האדם עוזב את הקבוצה ובפרט כאשר הוא יוצא לפנסיה (במקרה של פוליסה של מקום העבודה), הוא יכול לעבור לפוליסה דומה בכיסוי אך במחיר אחר בדרך כלל יקר הרבה יותר.

אנו מניחים כי קיימות דוגמאות רבות אחרות. אולם למיטב ידיעתנו אין עבודה מחקרית המרכזת את המידע בנושא זה.

### **ב. נתונים כספיים**

הנתונים הכספיים על תביעות ודמי הביטוח המתפרסמים על ידי אגף שוק ההון ביטוח וחסכון אינם מפולגים לפי גיל. זאת ועוד, הנתונים מתפרסמים לפי חלוקה גסה של תתי ענפים. בפרט, הנתונים על תת-ענף "הוצאות רפואיות" מקבצים את כל הנתונים לגבי כל הפוליסות המכסות ניתוחים, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, מימון תרופות יקרות שאינן כלולות בסל הבסיסי, טיפולים אמבולטוריים ועוד. תת-ענף זה הוא הרלוונטי ביותר (פרט לביטוח סיעודי) לאוכלוסייה הקשישה.

### **מבנה הפרמיות לפי גיל**

ברוב פוליסות ביטוחי הבריאות הפרמיה עולה עם הגיל עד גיל 65. מגיל 65 הפרמיה קבועה לאורך כל תקופת הביטוח. למצטרפים מעל גיל 65 הפרמיה קבועה על פי גיל הכניסה. להלן דוגמא להשתנות הפרמיה לפי גיל בפוליסת ביטוח הבריאות "הראל ש.ר.פ" (לאדם שהצטרף לפני גיל 65). אנו רואים שמבוטח אשר הצטרף לביטוח בגיל צעיר ישלם כ-524 ₪ לחודש מגיל 65 ומעלה.

"הראל ש.ר.פ." Preferred Premium פרמיה חודשית בש"ח מדד 11789 (15.4.11)

פרמיה	גיל
41.11	ילד
119.78	29-21
133.20	34-30
152.65	39-35
174.84	44-40
204.85	49-45
246.99	54-50
344.78	59-55
437.62	64-60
523.77	65

הפרמיה משתנה כל 5 שנים  
הפרמיה קבועה החל מגיל 65  
למצטרפים מעל גיל 65 הפרמיה קבועה על פי פרמיית הכניסה

ב-2009 סך כל הפרמיות ששולמו עבור תחומי כיסוי בתת-ענף "הוצאות רפואיות" היה 1.9 מיליארד ₪ (מתוכם 1.2 מיליארד ₪ פוליסות פרט ו-0.7 מיליארד ₪ פוליסות קבוצתיות); התביעות ששולמו עבור תחום כיסוי זה היו בסך הכול 0.9 מיליארד ₪ (מתוכם 0.42 לפוליסות פרט ו-0.5 לפוליסות קבוצתיות). כאמור אין פילוח של נתונים אלו על פי גיל.

### ג. האוכלוסייה המבוטחת

לפי סקר שנערך במכון ברוקדייל, שער בעלי ביטוח מסחרי (ללא ביטוח סיעודי) הגיע ב-2009 ל-35% בקרב האוכלוסייה מעל גיל 22. אולם, שער בעלי ביטוח מסחרי בקרב בני 65 ומעלה הוא נמוך יחסית (21%). גם לאחר פיקוח על משתני רקע (ניתוח רב-משתני של הבעלות על ביטוח מסחרי) עולה כי למשתנה גיל (מעל 65) יש השפעה עצמאית שלילית על בעלות של ביטוח מסחרי<sup>12</sup> (ברמלי-גרינברג ואחרים, 2011). בלוח 4 מפורט שער הבעלות על ביטוח מסחרי לפי גיל 1999-2009.

12 גם למשתנים הכנסה נמוכה (בחמישון התחתון), דובר ערבית ודובר רוסית, נמצאה השפעה עצמאית שלילית (פחות מבוטחים בביטוח מסחרי בקרב קבוצות אלה).

**לוח 4:** שיעור הבעלות על ביטוח מסחרי לפי גיל 1999-2009, נתוני סקר מכון ברוקדייל בקרב האוכלוסייה הבוגרת

בעלות על ביטוח מסחרי (באחוזים מתוך כלל האוכלוסייה)						
2009	2007	2005	2003	2001	1999	גיל
33	31	36	35	29	24	44-22
43	39	39	38	28	27	64-45
21	17	18	19	12	18	65+
35	32	34	35	26	24	<b>סה"כ</b>

**מקור:** ברמלי-גרינברג וישראל 2011

### 2.3 ביטוח סיעודי<sup>13</sup>

בפני אדם הרוצה להתכונן לאפשרות שיזדקק בעתיד לטיפול סיעודי עומדות מספר חלופות למימון הטיפול. הוא יכול אמנם להסתמך על תמיכה כלכלית ועל טיפול בלתי פורמאלי של בני משפחה וחברים או לשים מבטחו במימון מטעם המדינה. אולם מקור מימון מרכזי הוא צבירת מקורות מימון עצמיים לטיפול ו/או רכישת ביטוח סיעודי. ביטוח סיעודי הוא ביטוח כנגד הסיכון להזדקק לטיפול סיעודי הניתן לאנשים מוגבלים בשלוש פעולות יומיום או לתשושי נפש הזקוקים להשגחה 24 שעות. הביטוח הסיעודי מכסה טיפול סיעודי בקהילה או במוסד סיעודי. בשונה משני סוגי הביטוחים שהוצגו קודם לכן, הביטוח הסיעודי נוגע בעיקר לאוכלוסייה המבוגרת, הן לאלו שנמצאים בסיכון גבוה למצב סיעודי והן לאלו שרוכשים ביטוח בגיל צעיר ורוצים להתכונן מבחינה פיננסית לזיקנה.

13 המקורות לפרק זה הם: ברמלי-גרינברג, קיי והולצמן 2011; ברמלי-גרינברג, גרוס ווייצברג, עומד להתפרסם; אגף שוק ההון ביטוח וחסכון הדוחות השנתיים. במקורות אלו יש גם הרחבה על שוק הביטוח הסיעודי ובפרט יש סקירה של פוליסות לפי הסוגים השונים של הביטוח.

## בישראל קיימים היום שלושה סוגי ביטוח סיעודי:

- 1. ביטוח סיעודי מסחרי לפרט (individual)** - נמכר ישירות לפרטים על-ידי חברות הביטוח; הקונים יכולים לבחור את הפוליסה לפי העדפתם האישית והפרמיה נקבעת לפי היקף הכיסוי והסיכון האישי.
- 2. ביטוח סיעודי מסחרי קבוצתי (collective)** - נמכר על-ידי חברות הביטוח לקבוצות כמו איגודי עובדים; הפוליסה והפרמיה אחידות לכל הקבוצה.
- 3. ביטוח סיעודי דרך קופות החולים** - סוג של ביטוח קבוצתי, שנרכש על ידי המבוטח דרך קופות החולים אך הוא נעשה דרך חברת ביטוח. בעל הפוליסה היא קופת החולים; הפוליסה אחידה לכל המבוטחים, אבל הגמלה משתנה לפי גיל ההצטרפות והפרמיה נקבעת לפי קבוצת גיל.

### א. הכיסוי הביטוחי ותנאי השוק

הקריטריונים לקבלת גמלה בביטוח סיעודי, אשר נקבעו לפני מספר שנים בידי אגף שוק ההון ביטוח וחסכון (להלן המפקח על הביטוח), הם מוגבלות בשלוש מתוך שש פעולות היום-יום (ADL - רחצה, הלבשה, אכילה, ישיבה וקימה מהכיסא, כניסה ויציאה מהמיטה, שליטה על הסוגרים וניידות בתוך הבית). בשוק קיימות גם פוליסות המזכות בגמלה כאשר יש מוגבלות בשתי פעולות יום-יום, אם אחת מהן היא אי-שליטה בסוגרים. זכאים לביטוח סיעודי גם תשושי נפש הזקוקים להשגחה 24 שעות ביממה. פוליסות ביטוח סיעודי מכסות טיפול סיעודי בקהילה או במוסד. משך תקופת תשלום תגמולי הביטוח משתנה בין הפוליסות השונות. בעבר מרבית הפוליסות הגבילו את משך תקופת תגמולי הביטוח, בשנים האחרונות הכיוון המקובל יותר הוא תשלום תגמולים למשך כל חייו של נזקק הסיעוד. תגמולי הביטוח יכולים להיות במתכונת של שיפוי (החזר הוצאות - לדוגמא באשפוז סיעודי), פיצוי כספי (ללא קשר להוצאה בפועל) או אספקת שירות בעין (כגון שירותי סיעוד בבית הנזקק). יש לציין כי בכל הקשור להגדרה מיהו "נזקק סיעוד" הזכאי לתגמולי הביטוח, אין אחידות בין הגדרות המבטחים הציבוריים לבין הגדרות חברות הביטוח.

כפי שיפורט להלן, במהלך השנים ננקטו פעולות להסדרת ביטוח הפרט על ידי המפקח על הביטוח, אך הסדרת הביטוח הקבוצתי מורכבת ועדיין יש נושאים שטרם הוסדרו באופן מלא.

**פוליסת ביטוח סיעודי פרט (individual) -** תהליך ההסדרה העיקרי של פוליסות ביטוח סיעודי פרט הסתיים בשנת 2002. עיקרי ההוראות: תקופת הביטוח היא לכל החיים; תקופת תשלום תגמולי הסיעוד יכולה להיות מוגבלת למספר שנים או לכל החיים תלוי בבחירתו של הפרט (ותשלום פרמיה בהתאם); פרמיה קבועה מעל גיל 65 (אבל חברת הביטוח יכולה באישור המפקח להעלות את הפרמיה); אין סבסוד הדדי בין קבוצות גילאים או בין המינים. על המבטח להציג למבוטח מהו הערך המסולק במקרה של הפסקת הפוליסה (אפשרות לגמלה מופחתת).

נוסף על אלה, מוצעות בשוק פוליסות מיוחדות שהעיקריות בהן:

◆ פוליסות פרט "סיעודי משלים" - פוליסות המאפשרות מימוש זכויות וקבלת תגמולי סיעוד לתקופה ארוכה עד כל החיים תלוי בבחירתו של הפרט. המימוש על פי פוליסות אלו יהיה רק בתום תקופת המתנה ארוכה (3 או חמש שנים מעת הפיכתו של המבוטח לסיעודי). תום תקופת המתנה ותחילת הזכאות בפוליסות אלו חופף בדרך כלל למועד סיום המימוש בפוליסה הקבוצתית שבדרך כלל מוגבלת לתקופה מצטברת של שלוש או חמש שנים. כך נוצרת רציפות בקבלת תגמולי הביטוח לתקופה ארוכה מעבר לזו המוצעת בפוליסה הקבוצתית. פוליסות אלה נרכשות כרובד נוסף לפוליסות הקבוצתיות. היות ולפוליסות אלו סיכון קטן יותר<sup>14</sup>, הן זולות יותר ומציעות ביטחון למקרה שבו האדם הסיעודי זקוק לטיפול סיעודי יותר מחמש שנים המכוסות בפוליסה הקבוצתית.

◆ פוליסות המקנות סכום חד-פעמי קבוע וידוע מראש.

◆ פוליסות אשר תשלום הפרמיה בהן הוא עד גיל 65, ואחר כך ערך מסולק עומד על 100% (בתכניות אלה גיל ההצטרפות מוגבל ל-50 עד 55 והפרמיות בדרך כלל גבוהות יותר).

14 חלק מהמבוטחים נפטרים לפני מיצוי הזכויות בפוליסה הקבוצתית ולנותרים משך תקופת התשלום קצרה יחסית לפוליסות הרגילות.

### פוליסות ביטוח סיעודי קבוצתיות ואלו הנמכרות באמצעות קופות החולים

מאז חוק ההסדרים 1998, הביטוח הסיעודי שנרכש דרך קופות החולים הוא סוג של ביטוח קבוצתי, שנעשה דרך חברת ביטוח. כל קופות החולים משווקות ביטוח סיעודי קבוצתי: כללית (נכון לכתיבת דוח זה) עם חברת הביטוח "דקלה", מכבי עם חברת הביטוח "כלל בריאות", מאוחדת עם "הפניקס" ולאומית עם חברת הביטוח "כלל בריאות".

שוק הביטוח הסיעודי הקבוצתי נמצא בתהליך של הסדרה כבר מספר שנים. להלן נציין את הנושאים העיקריים שעדיין יש צורך בהסדרתם או שהוסדרו חלקית ויש צורך בהשלמתם.

◆ המשכיות (הוסדר חלקית): במקרה שהמבוטח רוצה לעזוב את הקבוצה (למשל לעבור קופה) חברת הביטוח חייבת לאפשר לו להצטרף לפוליסת פרט שהיא משווקת. כאשר פרמיה לפוליסת פרט גבוהה מאוד בהשוואה לעלות הפוליסה הקבוצתית. בעיני הצוות דבר זה מהווה חסם ממשי למעבר בין קופות החולים. כמו כן מבוטחים אשר עברו בין קופות החולים ולא היו מודעים לנושא, יתכן כי זכויותיהם יפגעו (חיתום מחדש, קנס, זכויות מופחתות). מול פתרון זה לסוגיית המשכיות הביטוח קיים גם מודל של "ניידות" - שמירת הזכויות בפוליסה הקבוצתית, באותם תנאים, גם לאחר עזיבת הקבוצה. הדיון בנושא זה טרם מוצה.

- ◆ הוגנות היחס פרמיה / תגמול הביטוח (נושא זה נמצא בטיטת הסדרה).
- ◆ יציבות פיננסית של תכנית הביטוח הסיעודי (נושא זה נמצא בטיטת הסדרה).
- ◆ שינויים בגובה הפרמיה ואפשרות לפרמיה מסולקת או לפדיון פוליסה<sup>15</sup>.
- ◆ תוקף הפוליסה.
- ◆ תיאום הטבות.

15 הגדרות: **סילוק פוליסה** - כיסוי ביטוחי (מוגבל) הנותר לרשות המבוטח לאחר שהוא מפסיק לשלם את הפרמיות (וכל עוד אינו סיעודי), **פדיון פוליסה** - הערך הכספי (כסכום חד פעמי), אותו זכאי מבוטח לקבל בעת ביטול הפוליסה.

## ב. נתונים כספיים

שוק ביטוחי הסיעוד בישראל החל להתקיים בשנות ה-90 של המאה הקודמת אולם נראה שבמובנים מסוימים, שוק זה נמצא עדיין בהתהוות, בעיקר בהיבטים של גיבוש כללי הרגולציה.

**ריכוזיות:** מצד ההיצע, רמת הריכוזיות של שוק זה גבוהה במיוחד. בביטוח הקבוצתי 3 חברות גובות 99% מכלל דמי הביטוח הנגבים בשוק זה ובאשר לפוליסות פרט, 4 חברות גובות כ-88% מסך כל דמי הביטוח ברוטו. בבחינת מגמות נראה כי הריכוזיות בשוק זה במגמת עליה. בביטוח הקבוצתי לדוגמא בשנת 2003 רמת הריכוזיות עמדה על ערכים של 92.95 לפי מדד CR3 (concentration rate) ובשנת 2009 היא עמדה על 98.58%. בביטוחי פרט הערכים היו - 68.65% ו-70.70% בהתאמה<sup>16</sup>.

**יחס תביעות / פרמיות:** ב-2009 סך הכל הפרמיות ששולמו על ביטוח סיעודי היו 1.6 מיליארד<sup>17</sup> והתביעות 0.8 מיליארד<sup>18</sup>. היחס תביעות / פרמיות בביטוח סיעודי פרט נמוך מאד, 0.24 ב-2009, לעומת 0.63 בקבוצתי (לצורך השוואה היחס היה 0.36 בביטוח הוצאות רפואיות פרט ו-0.71 בהוצאות רפואיות קבוצתי).

## מבנה הפרמיות (נכון לכתיבת הדוח, נמצא בהסדרה):

- ◆ **ביטוח פרט המבוטח יכול לבחור בין:**
  - ◆ פרמיה קבועה לכל החיים שאינה משתנה עם הגיל
  - ◆ פרמיה משתנה לפי גיל עד גיל 65 ומגיל 65 פרמיה קבועה לכל החיים
- ◆ **ביטוח קבוצתי:**
  - ◆ הפרמיה משתנה לפי קבוצות גיל
  - ◆ ישנו סבסוד הדדי
  - ◆ למבוטח ספציפי לא נצברים כספים או זכויות

16 סקירה שנתית, הממונה על שוק ההון הביטוח והחסכון, משרד האוצר, 2009.

17 נתונים שפורסמו לאחרונה על-ידי המפקח על הביטוח מצביעים על עלייה בדמי הביטוח ב-2010 ל-1.9 מיליארד ₪ (כנס עדיף לביטוח ספטמבר 2011).

18 נזכיר כי על פי חישובים של אגף כלכלה וביטוח במשרד הבריאות סך ההוצאה הלאומית על טיפול סיעודי עומדת על כ-10 מיליארד ₪ (והמימון הפרטי מהווה 42% ממנה).

בשנים האחרונות חלה התייקרות בכל הענף בגובה של 30%-60% תלוי בגיל או במין המבוטח. סיבות לעלייה: הסדרה של המפקח להבטחת יציבות התוכניות והתייקרות בתעריפים שגובים מבטחי המשנה של חברות הביטוח.

להרחבה על התייקרות הפרמיות בפוליסות של הקופות ראה להלן (לוחות 6-7).

**פוליסת ביטוח סיעודי פרט** - כאמור, רוב פוליסות ביטוח סיעודי פרט הן פוליסות סטנדרטיות. הפוליסות הסטנדרטיות נבדלות בעיקר בגובה הפרמיות. למשל, במגדל "דואגים למחר" במחירי 2009, גבר בן 60 ישלם בעבור 10,000 ₪ פיצוי חודשי לחמש שנים - 524 ₪; בכלל "אחריות לעתיד" - 524 ₪, בפניקס "עתיר כבוד" - 506 ₪, במנורה "הבטחה לעתיד" - 493 ₪, באילון "תמיכת זהב" - 467 ₪, בהכשרת היישוב "הכי סיעודי" - 465 ₪, ובאליהו "לחיות בכבוד" - 430 ₪.

בין הגורמים המשפיעים על גובה הפרמיה: חוסר ידע של הפרטים על השוק ועל מגוון הפוליסות, שיווק של סוכני הביטוח, המוניטין שיש לחברת הביטוח בטיב השירות ויציבות חברת הביטוח.

**פוליסות ביטוח סיעודי קולקטיב** - הפרמיות של הפוליסות הקבוצתיות של קופות החולים (שהן עיקר השוק) נמוכות לעומת פרמיות פוליסות הפרט. אולם, בפוליסות הפרט גם הגמלה בדרך כלל גבוהה יותר. כמו כן, פוליסות הקולקטיב של קופות החולים נמצאות בעיצומו של תהליך מכרז והחלפת שיטת התמחור של הפוליסות. על פי הנחיות של המפקח על הביטוח בפוליסות למבוטחי מכבי ולאומית אשר עברו את המכרז יש עלייה שנקבעה מראש של גובה הפרמיות בחמש השנים הבאות. הפרמיות המפורטות בלוח 5 הן אלו של השנה **30/6/2010-1/7/2009**. גם הפוליסות למבוטחי כללית ומאוחדת, אשר יעברו את תהליך המכרז, יעברו תהליך דומה של עלייה בתעריפים. כאמור, כללית תצא בקרוב במכרז.



**לוח מספר 5:** פרמיות לפי גיל (בש"ח) ל- 30/6/2010-1/7/2009

גיל	כללית (דקלה)	מכבי (כלל)	מאוחדת (הפניקס)	לאומית (הראל)
55-51	16.8	46.66	67	63.63
60-56	16.8	46.66	84	73.22
65-61	40.23	63.13	89.5	84.84
70-66	48.22	74.03	106	96.44
75-71	71.53	99.89	117.5	108.57
80-76	71.53	112.82	123	115.14
81+	71.53	123.22	128.5	115.14

**מקור:** פוליסות ביטוח סיעודי של קופות החולים, 2010.

**התייקרות הפרמיות:** יש להדגיש כי במהלך תקופת הפוליסה הקבוצתית הפרמיות מתייקרות במקרים כדלהלן:

1. הצמדה למדד (חודשי, או רבעוני)
2. בעת חידוש הפוליסה (התאמה למצב התביעות, שינוי בתמהיל המבוטחים וכד'). לעיתים כשהעברה זו מתבצעת באופן חד, היא נפרסת לאורך מספר שנים ראה לדוגמא טבלת הפרמיות הרב-שנתית המוצעת למבוטחי שירותי בריאות כללית - להלן).
3. במעבר של מבוטח מקבוצת גיל אחת לשנייה.
4. במקרים מיוחדים, ועל פי הרשאת הממונה על הביטוח תתכן התייקרות נוספת במהלך תקופת הביטוח, בהתקיים תנאים מסוימים שמפורטים בפוליסה.

**לוח 6:** התייקרות צפויות של פרמיות חודשיות (בש"ח) במהלך 7 השנים הראשונות בפוליסת ביטוח הסיעוד הקבוצתי המוצעת למבוטחי שירותי בריאות כללית (באמצעות "דקלה" חברה לביטוח)

מגיל	עד גיל	שנה 1	שנה 2	שנה 3	שנה 4	שנה 5	שנה 6	שנה 7
0	18	חינם	חינם	חינם	חינם	חינם	חינם	חינם
19	30	1.50 ₪	2.90 ₪	4.90 ₪	5.51 ₪	6.08 ₪	6.38 ₪	6.70 ₪
31	35	9.00 ₪	12.00 ₪	14.10 ₪	16.40 ₪	17.23 ₪	18.10 ₪	19.00 ₪
36	39	10.95 ₪	15.33 ₪	20.00 ₪	23.00 ₪	25.00 ₪	26.50 ₪	27.54 ₪
40	45	11.50 ₪	18.00 ₪	24.00 ₪	27.00 ₪	29.93 ₪	31.43 ₪	33.00 ₪
46	49	14.00 ₪	24.00 ₪	37.00 ₪	46.00 ₪	49.00 ₪	51.00 ₪	53.00 ₪
50	55	35.00 ₪	54.00 ₪	64.00 ₪	65.50 ₪	66.51 ₪	67.55 ₪	68.06 ₪
56	59	43.00 ₪	59.00 ₪	67.46 ₪	69.47 ₪	71.54 ₪	73.67 ₪	75.86 ₪
60	64	62.00 ₪	78.00 ₪	85.00 ₪	86.20 ₪	87.42 ₪	88.65 ₪	89.90 ₪
65	69	73.00 ₪	90.59 ₪	103.77 ₪	106.25 ₪	108.79 ₪	111.40 ₪	114.06 ₪
70	74	105.00 ₪	117.00 ₪	123.00 ₪	125.91 ₪	128.89 ₪	131.94 ₪	135.06 ₪
75	80	108.00 ₪	119.00 ₪	130.00 ₪	134.05 ₪	138.23 ₪	142.54 ₪	146.98 ₪
81	120	109.00 ₪	126.00 ₪	138.00 ₪	142.28 ₪	146.70 ₪	151.26 ₪	155.95 ₪

דמי ביטוח צמודים למדד שפורסם ביום 15.6.2010 במהלך שנת 2011 עתיד להתפרסם מכרז לביטוח הסיעודי לחברי הכללית. כתוצאה מכך יתכן ויחולו שינויים במבטח, בכיסוי הביטוחי ובפרמיות

**מקור:** פוליסת הביטוח הסיעודי הקבוצתית של שירותי בריאות כללית

לצורך המחשת ההתייקרויות הצפויות בפוליסות הקבוצתיות של הקופות לוחות 6 ו-7 מפרטים את מהלך ההתייקרות המדורג של פרמיית הביטוח במספר קבוצות גיל, המתרחשת ב-7 השנים הראשונות בפוליסה המוצעת למבוטחי שירותי בריאות

כללית, באמצעות חברת הביטוח דיקלה (לוח 6) ובפוליסה המוצעת למבוטחי מכבי שירותי בריאות, באמצעות כלל חברה לביטוח (לוח 7). עלייה זו של הפרמיה נפרשה מראש למשך מספר שנים ממועד תחילת הפוליסה ואילך. מלבד התייקרויות אלה צפויות למבוטחים התייקרויות נוספות הנובעות משינויי המדד, כאלה הנובעות ממעבר של מבוטח מקבוצת גיל אחת לאחרת וכן כתוצאה מהתאמות פרמיה נוספות הצפויות בעת חידוש הפוליסה בתום תקופת 7 השנים.

**לוח 7:** התייקרות צפויות של פרמיות חודשיות (בש"ח) במהלך 5 השנים הראשונות בפוליסת ביטוח סיעוד קבוצתי המוצעת למבוטחי מכבי שירותי בריאות (באמצעות "כלל" חברה לביטוח)

גיל	שנה 1	שנה 2	שנה 3	שנה 4	שנה 5
0-17	0	0	0	0	0
18-29	2.22	3.03	3.84	4.85	5.45
30-35	10.1	13.03	15.86	19.09	20.1
36-40	11.62	16.26	21.11	25.25	26.36
41-45	11.62	16.26	21.11	26.36	27.37
46-50	30.5	39.69	49.59	56.96	57.87
51-55	34.95	46.66	58.28	64.14	64.94
56-60	34.95	46.66	58.28	69.99	72.32
61-65	52.62	63.13	75.75	83.43	85.75
66-70	59.19	74.03	92.52	106.45	108.78
71-74	86.86	99.89	112.82	126.35	128.78
75-80	99.89	112.82	125.24	137.76	140.19
81-110	109.08	123.22	135.54	146.35	148.77

**מקור:** פוליסת הביטוח הסיעודי הקבוצתית של מכבי שירותי בריאות

**המודעות לקיומה של פוליסת ביטוח:** בביטוח סיעודי קיימים פערים בין שעורי הבעלות בפועל לעומת הדיווח העצמי. נתוני המפקח על הביטוח (2010) מציינים כי

ל-4.7 מליון אנשים יש פוליסת ביטוח סיעודי כלשהי שהם 60% מכלל האוכלוסייה (כולל ילדים; 50% פוליסה דרך קופת חולים ו-10% פוליסה דרך חברת ביטוח). לעומת זאת, בסקר האוכלוסייה דיווחו רק 39% מבני 22 ומעלה על בעלות על ביטוח סיעודי כלשהו (ברמלי-גרינברג ואחרים, 2011). המקור העיקרי של ההבדל בין הדיווח העצמי לנתוני המפקח הוא בדיווח על ביטוח סיעודי הנרכש דרך הקופה: 31% מדווחים, לעומת כמחצית המבוטחים בפועל.

זאת ועוד, במחקר שנערך בקרב מדגם מייצג של בני משפחה או קרובים שהם מטפלים עיקריים בעניינים כספיים של מאושפזים סיעודיים ותשושי נפש מקבלי "קוד" להשתתפות במימון האשפוז ממשרד הבריאות, נמצא כי אחד מכל שלושה בני המשפחה נשלחו לבירור האם יש / אין למאושפז ביטוח סיעודי. שיעור גבוה יותר נשלח לבירור מול הקופה לעומת מול חברת ביטוח מסחרי (29% לעומת 6% בהתאמה) (ברמלי-גרינברג ואחרים, 2010). עוד ממחקר זה עלה כי בקרב אלו שדיווחו שיש להם ביטוח סיעודי רק 61% דיווחו כי תבעו את הביטוח, כחמישית מהתובעים לא קיבלו את הכסף מהביטוח. יש לציין כי "איחור" בעיתוי הגשת התביעה (כל עוד המבוטח הינו נזקק סיעוד) לא נובע בהכרח מחוסר ידיעה. קיימים מצבים בהם מבוטחים מעדיפים באופן מודע לדחות את מועד הגשת התביעה לחברת הביטוח.

### המלצות משתתפי כנס יום-המלח:

כבסיס לכל המלצות אנו רואים צורך בחיזוק השירותים הציבוריים ואספקה של סל ציבורי מספק בבריאות וסיעוד אשר מהווה רובד ראשון מספק לכלל האוכלוסייה.

- א. אנו מדגישים את החשיבות שיש להיעדרם הבולט של נתונים בתחום וממליצים לשפר ולהרחיב את תשתיות המידע העומדות לרשות קובעי מדיניות וחוקרים באמצעות קבצים מינהליים או סקרים ייעודיים.
- ב. יש לפעול לצמצום הכפל הביטוחי הקיים בין ביטוחי הבריאות המסחריים לבין השב"ן והסל הבסיסי. ככל זה מהווה הקצאה לא יעילה של המשאבים.
- ג. יש למנוע את התופעה של הפניית חברות הביטוח לניצול השב"ן והסל במקום מימון מכספי פוליסת הביטוח הפרטית.
- ד. יש להקים מאגר מידע לציבור אשר ישווה בין תוכניות הביטוח השונות: סל בסיסי, שב"ן וביטוחים מסחריים.

- ה. יש לנקוט בצעדים להגברת האינפורמציה והמודעות של המבוטחים להיותם מבוטחים בפוליסות ביטוח. לצורך כך אנחנו ממליצים כי במאגר המידע שיוקם המבוטח יוכל לברר באילו פוליסות הוא מבוטח.
- ו. יש להפסיק את הפגיעה במבוטחים בביטוח סיעודי קבוצתי הנמצא בבעלות קופות החולים, אשר עוברים קופה. אנו ממליצים כי מבוטח אשר עוזב את הקופה, יוכל להישאר באותו הקולקטיב. כך זכויותיו לא יפגעו ויתאפשר לו לעבור בין קופות החולים.
- ז. עקב הצפי של עלייה משמעותית בפרמיות של ביטוחי הסיעוד הקבוצתיים, חלק מחברי הצוות חשבו כי יש לשקול פיתרון שמשלב את המודל המסורתי של ביטוח עם מודל של ביטוח פרטי באמצעות מלכ"ר.
- ח. יש צורך בהגברת הרגולציה בתחום ביטוחי הבריאות והסיעוד המסחריים. כמו כן דרושה מעורבות גדולה יותר של משרד הבריאות בנושא הביטוחים המסחריים, בעיקר בנושא תכני הביטוח.

## רשימת מקורות:

Cohen, A., Siegelman, P. 2010. "Testing Adverse Selection in Insurance Markets" The Journal of Risk and Insurance 77(1):39-84

Glazer, J., McGuire, T.M., forthcoming. "Gold and Silver Health Plans: Accommodating Demand Heterogeneity in Managed Competition

ברמלי-גרינברג, ש., גרוס, ר., יאיר, י., עקיבא, א. 2011. "דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2009 והשוואה לשים קודמות" דמו-11-587. מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל ירושלים.

ברמלי-גרינברג, ש., גרוס, ר. 2011. "ההתפתחויות בסלי השירותים של הביטוחים המשלימים - עשור לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי". דמו-11-570. מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל ירושלים.

ברמלי-גרינברג, ש., גרוס, ר., מצליח, ר. 2007. תכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות-החולים - ניתוח והשוואה בין סלי השירות לשנת 2006. דמו-07-495. מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל ירושלים.

ברמלי-גרינברג, ש., גרוס, ר., וויצברג, ר. עומד להתפרסם. "ביטוח סיעודי פרטי בישראל". מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל ירושלים

ברמלי-גרינברג, ש., ישראל, פ. עומד להתפרסם. "ביטוח בריאות משלים ומסחרי זה מול זה בישראל בעשור האחרון". מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל ירושלים

ברמלי-גרינברג, ש., קיי, ר., הולצמן, מ. 2011. "ביטוח סיעודי בפרספקטיבה בינלאומית וישראלית". פרק י"ב (עמ' 289-310) בתוך: יקוביץ א. (עורכת) "טיפול בית בזקנים המוגבלים בתפקודם" ג'וינט ישראל ואשל ירושלים

ברמלי-גרינברג, ש., גרוס, ר. וסלוצקי, א. 2010. "מימון האשפוז הסיעודי וביטוח סיעודי פרטי". דוח המחקר הגוש למכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות ושירותי בריאות. מכון מאיירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל.

משרד האוצר. 2011. אגף שוק ההון ביטוח וחסכון דוח שנתי 2010. ירושלים.

משרד הבריאות. 2011. דוח ציבורי מסכם על תוכניות לשירותי בריאות נוספים של קופות החולים לשנת 2009. דוח האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים. ירושלים

שטסמן, י. (2000) סיכום דיונים והמלצות של ועדת המומחים הבין-משרדית לרה-ארגון של השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים בישראל. הגוש לשרי העבודה והרווחה והבריאות, ירושלים.

### פרק 3 - תמריצים כלכליים

העלייה בהוצאה הלאומית לבריאות הצפויה בעקבות הזדקנות האוכלוסייה בשני העשורים הבאים מדגישה במשנה תוקף את הצורך בגיבוש מדיניות בתחום התמריצים הכלכליים המיועדים להגביר את היעילות של מערכת הבריאות, בצד שיפור איכות הטיפול הרפואי - וזאת הן ברמה הלאומית והן ברמה של השחקנים השונים במערכת הבריאות.

בדומה לתחומים רבים, תמריצים כלכליים במערכת הבריאות מיועדים להביא לשינוי בהתנהגות של צרכנים, ספקים וחברות במגוון של אמצעים כגון מסים, סובסידיות, בונוסים או קנסות המשנים את מחירו של המוצר או השירות או את הכדאיות של השימוש בהם. מטבע הדברים, בתהליך הבחירה של תמריץ או מערכת תמריצים להשגת מטרה מסוימת כמו, למשל, עידוד צרכנים להשתתפות בתוכנית מניעה או עידוד ספקי שירותי בריאות להנהיג תוכניות התערבות, מובאים בחשבון היבטים רבים, שהעיקריים הם: היקף התקציב הנדרש ליישום התמריץ, היקף האוכלוסייה הרלבנטית שעליה התמריץ אמור להשפיע, ההיתכנות של הגורמים המעורבים ליישם את התמריץ ולהתגבר על חסמים אדמיניסטרטיביים או רגולטורים, היכולת להשיג את תשתית המידע הנדרשת לבניית התמריץ, ליישומו ולהערכת השפעתו באמצעות מדדים מוסכמים - או ליצור אותה במידה והמידע אינו קיים. היבט נוסף הוא עד כמה התמריץ משפיע בפועל על השגת היעד.

לחלק זה של הדוח שלושה פרקים עיקריים: **הראשון** כולל סקירת ספרות קצרה בנושא התמריצים (לרבות דוגמאות מהניסיון הישראלי), ואילו הדיון **בפרק השני** ממוקד בהצגה כללית של מודל לתמריצים בתחומים שנבחרו על ידי הצוות: מניעה, שיפור איכות של מערך טיפולי הבית במסגרת שיתוף פעולה קהילה-בתי חולים וטיפול, שיקום ופיתוח מערכת מדדי איכות לגיל השלישי. **הפרק השלישי** מפנה את הזרקור לסוגיית הטיפול בקשישים סיעודיים ומרחיב את הדיון מעבר להתייחסות שניתנה בפרק השני. בסופו של הפרק מוצגות ההמלצות בעקבות הדיונים שנערכו בנושא בכנס.

## 1. סקירה כללית

בסקירה זו יוצגו דוגמאות למודלים שהופיעו בספרות בתחום עידוד איכות הטיפול במערכות בריאות.

### תמריצים פיננסיים ושינויים פיננסיים

Custers et al., (2008) מציגים את כלל המודלים הקיימים לתמרוץ איכות. לדבריהם, המודלים נחלקים לקבוצת מודלים המציעים תמריצים פיננסיים ולקבוצת מודלים המציעים תמריצים שאינם פיננסיים. התמריצים הפיננסיים מתייחסים לבונוסים המתגמלים ספקי שירות עבור השגה של יעדי ביצוע מסוימים, קנס או התניית תשלום עד להשגת יעד, תשלום שוטף עבור ביצועים, ויעוד חלק מהתשלום לטובת תמריץ - שיטה בה מייעדים חלק מהשכר/תשלום הנוטר בנוסף לשכר/תשלום בסיסי לטובת תוכנית התמריצים. התמריצים שאינם פיננסיים מתייחסים להעברת מידע לציבור לגבי האיכות, וקבלת אוטונומיה בניהול ובקבלת החלטות בתנאים של עמידה ביעדי איכות.

דוגמא מרכזית לתמריצים פיננסיים היא גישת ה-Pay for Performance. לפי גישה זו יש לעודד מטפלים באמצעים כספיים כדי לקבל איכות רפואית טובה יותר. בחינת הצלחתן של תוכניות אלה מתמקדת בשני מישורים עיקריים: יעילותן של התוכניות בקידום איכות ויחס עלות-תועלת של תוכניות אלה (רוזנבלוט וגפן, 2009). Rosenthal et al., (2005) מוצאים כי כאשר התמלוגים לרופאים מבוססים על השגת סף אבסולוטי, 75% מהכספים ניתנים לקבוצות הרופאים אשר השיגו את היעדים עוד לפני החלת התוכנית. כלומר, התוכנית תגמלה רופאים שביצועיהם היו גבוהים ממילא, ולא השיגה בכך שיפור אמיתי.

דוגמא לתמריצים שאינם פיננסיים מובאת על ידי Sutton et al., (2010). הם מתייחסים לשורה של מדדי איכות ביחס לקבוצות מוגדרות של מטופלים, ובוחנים את מידת ההתחשבות במדדים אלה בדרך הטיפול לו זוכים המטופלים. לדבריהם, נמצא כי קיים מתאם חיובי בין השניים, וכי קיום מדדי איכות מהווה תמריץ חיובי מספיק ללא תגמול כספי לשיפור הפעילות הרפואית מצד הצוות הרפואי<sup>19</sup>.

19 ממצאים דומים לאלה האחרונים נתקבלו גם אצל McClellan and Staoger (1999).



דוגמאות נוספות לתמריצים:

1. מספר הביקורים השנתי הממוצע אצל רופא גבוה בקרב קבוצת האוכלוסייה הקשישה לעומת כל שאר האוכלוסייה, כמו גם מספר הביקורים והאשפוזים בבתי החולים (ברוקדייל, 2011). אפשר ויש בכך כדי להעיד על מורכבות התחלואה הממוצעת בקרב האוכלוסייה הקשישה. המחקר בנושא זה מוצא כי כדי לעודד איכות על המערכת להקצות משאבים בדרך שתבטיח טיפול רפואי יעיל באותם חולים מורכבים.

2. (Chung et al., 2010) בוחנים את הקשר בין סוג הטיפול הרפואי שמקבל החולה, מורכבות מחלתו ומספר ההפניות החוזרות שלו לבית החולים. המחקר התבצע בקרב חולים בשתי קבוצות - אלה שהיו מטופלים אצל קבוצת מטופלים שכללה רופא ראשי, רופא מסייע ואחות ("טיפול משותף"), מול אלה שהיו מטופלים אצל רופא בלבד. נמצא כי "טיפול משותף" אפשר לרופא להתרכז בחולים מורכבים יותר, ומכאן שמספר ההפניות החוזרות של החולים אשר טופלו בדרך זו היה נמוך לעומת המספר בקרב החולים בקבוצת הטיפול השנייה. אישוס נוסף לתוצאה זו נתקבל אצל (Kantarevic et al., 2011), אשר מצאו כי יצירת **"קהילת רופאים מטופלים"** גורמת לירידה במספר ההפניות החוזרות של חולים לבית חולים, כמו גם שהרופאים מצליחים להתמודד עם מספר רב יותר של חולים מורכבים. אפשר להניח שתוצאות אלה מעידות על תמריץ חיובי לדרך הטיפול הרפואי בחולים מורכבים, הן משום קיצור פרק זמן הטיפול, ובעיקר מעצם הירידה בעלות הכלכלית הכרוכה בהפניה חוזרת לביקור בבית החולים.

### הרצף הטיפולי

שאלת הרצף הטיפולי והשפעתו על (יעילות) הטיפול הרפואי נדונה במספר מישורים. לדברי (Sorbero 2003), תכונות דמוגרפיות של החולה, כמו גם תועלת הישירה המופקת מהביקור אצל הרופא הראשון אצלו ביקר החולה, הינם גורמים המשפיעים על ההסתברות שחולה יחליף בין רופאים ואולי אף את דרך הטיפול הרפואי המוצעת לו. לדבריו, הוצאות הקפיטציה הנדרשות עבור ביקור אצל אותו רופא מתואמות חיובית עם ההסתברות להחליפו, זאת בקרב בעלי תועלת גבוהה מניצול שירותי בריאות. (Menec et al., 2005) בוחנים את הקשר בין רצף טיפולי וטיפול מניעתי אותו מקבלים חולים. לדבריהם, חולים בעלי רקע סוציו-אקונומי נמוך אשר זוכים לרצף טיפולי נהנים מרמת בריאות גבוהה יותר לעומת אלה שלא זוכים לכך.

לחילופין, בקרב חולים בעלי רקע סוציו-אקונומי בינוני-גבוה אין השפעה<sup>20</sup>.

אחת מהדרכים האפשריות להבטיח שירותי בריאות לאוכלוסייה בגיל השלישי היא מתן תמריצים לחברות הביטוח כדי שהן ייאטו לבטח את הקשישים, על אף הסיכון האקטוארי הקיים בעצם כך. (Abe (2007) בוחן שאלה זו ומוצא כי אין במתן אותם תמריצים כדי להבטיח יעילות כלכלית עבור חברות הביטוח. ההסבר לכך נעוץ לדבריו בכך שהוצאות הבריאות עבור אוכלוסיית מבוטחים זו אינה נמוכה בהשוואה להוצאות הבריאות הצפויות ביחס לכל שאר הקבוצות. (Russell (1989, Kosecoff et al., (1990, ו-Qian et al., (2011) בוחנים האם מתן החזר עלות לבתי החולים עבור טיפול רפואי באוכלוסייה המבוגרת, אשר מבוסס על האבחנה (דיאגנוזה) של החולה בקבלתו לאשפוז, עדיפה על פני שיטת החזר המבוססת על חישוב עלויות. לדבריהם, נמצא כי שיטת תגמול זו קיצרה את משך שהות החולה בבית החולים, ככל הנראה כתוצאה מהנטייה של בית החולים לשמור על העלויות מתחת לרף המקובל. בתי החולים נטו לשחרר יותר חולים לטיפול רפואי הניתן על ידי אחות בבית, ונמצא כי שחררו את החולים מוקדם מכפי שהיה צריך לעשות - יותר חולים שוחררו מבית החולים כאשר מצבם הרפואי אינו יציב, וכתוצאה מכך חלה עליה במספר פטירות החולים בבית.

במרוצת השנים האחרונות, עם העלייה במספר החולים במחלות סופניות, קיימת נטייה הולכת וגדלה של השמת חולים בהוספיס אשפוזי בבית חולים<sup>21</sup>. (Garber et al., (1998) בוחנים האם קיים תמריץ כלכלי להשמת חולים בדרך זו. לדבריהם, אף כי קיימים שיקולים היבטים סוציאליים לפעולה זו, נמצא כי עלות הטיפול הרפואי בבית החולים לא פחתה כתוצאה מכך. (Barnato (2004 מחזק טענה זו ומוצא כי עלות הטיפול הרפואי בבתי החולים אף עלתה.

20 Peltier et al (2003) בוחנים את שאלת הרצף הטיפולי מצד הטיפול על ידי הצוות הפרא-רפואי. לדבריהם, מחסור ברצף מחליש את איכות הטיפול לו זוכה החולה, אשר מתבטא בעליה בעלות הכספית לטיפול, וגורם לדאגה מצד החולה המטופל ביחס לתנאי הטיפול הרפואי המתאימים להם יזכה.

21 נוסף לשירותי אשפוז ("הוספיס אשפוזי") קיימות יחידות לטיפול בית, אחות אונקולוגית בקהילה, כמו גם יחידות הוספיס בבית.

בישראל בתחום הבריאות הונהגו בשנים האחרונות מגוון של תמריצים כלכליים לשינוי בהתנהגותם של הגורמים המעורבים באספקת שירותי בריאות ולמשתמשים בשירותים אלה. נוסחת הקפיטציה להקצאת כספי עלות סל שירותי הבריאות היא, כמובן, מערכת התמריצים העיקרית ברמה הלאומית, אך הלוח שלהלן מציג מספר דוגמאות לתמריצים אחרים שהונהגו בשנים 2003-2011.

### דוגמאות לתמריצים במערכת לבריאות בשנים 2003-2011

תמריץ	למי ניתן	האם יש מדדים	מחולק לפי מדד	מדד	יוזם
קפינג - מניעה של גידול בלתי מבוקר בהוצאות הקופות פיצול תקרות ושינוי תשלום השולי	לבי"ח, קופות תמריץ משותף	כן	כן	צריכה בבי"ח	משרדי הבריאות והאוצר
הפעלת תוכניות לשיפור שירות, השתתפות בתוכנית לאומית	לקופות	הרבה	רק השתתפות	לפי חלק יחסי של כל קופה	משרד הבריאות
קפיטציה	לקופות	כן	מספר מבטחים ואזור גיאוגרפי	לפי חלק יחסי של כל קופה	משרד הבריאות
איחוד פג זונדה סטטוס סיעודי	למשרד הבריאות וקופות החולים	כן	תוצאתי	לפי סטטוס	משרד הבריאות

תמריץ	למי ניתן	האם יש מדדים	מחולק לפי מדד	מדד	יוזם
הקטנת קודים סיעודיים	לקופות	אחד בלבד תוצאתי	תוצאתי בלבד	לפי חלק יחסי של כל קופה ועמידה במדדי תהליך	משרד הבריאות
ניתוח שבר צוואר ירך תוך 48 שעות	לבתי חולים	אחד	תוצאתי	לפי מיקרה	משרד הבריאות
הקמת מרפאות בישובים קטנים (10000-5000)	לקופות	כן	-	-	חוק הסדרים
שחרור חולים סיעודי מורכבים שיקומיים, סיעודיים ומונשמים מבי"ח כללים תוך 96-72 שעות	לקופות	לא	לא	מצב בפועל	חוק הסדרים
קנס בגין אי הופעה אצל רופא יועץ או במכון - קיצור תורים הגברת היעילות (הצעה בלבד, טרם חוקק)	לחולים ולקופות	לא	לא	החלטה של קופה מצב בפועל	משרד האוצר
העברת האחריות לטיפול בנפגעי תאונות דרכים לקופות	לקופות לבי"ח ולנפגעים	כספי בלבד	היסטורית	אחוז יחסי	חוק ההסדרים

## 2. הצגת המודל לניסוח ההמלצות לתמריצים

### א. כללי

כידוע, גודלה של ההוצאה לבריאות מושפע מגורמים רבים הן מצד הביקוש לשירותי בריאות והן מצד ההיצע של שירותים אלה. על **גורמי הביקוש** נמנים בעיקר משתני הדמוגרפיה (גודל האוכלוסייה והרכבה), התחלואה (מחלות כרוניות ומוגבלות תפקודית), מצב סוציו-אקונומי, והתנהגות בריאות. **בצד ההיצע** נכללים משתנים כמו שיפורים טכנולוגיים, מלאי וגודל המשאבים לכוח-אדם ותשתיות פיסיות, התייקרות עלויות ייצור בבריאות יחסית למשק, היקף הרגולציה וההתערבות הממשלתית (ומדיניות לתמריצים לבריאות לפרט). מדיניות לקידום בריאות ומניעה של מחלות והשפעת המטפלים.

### במסגרת התמודדות של קובעי המדיניות עם הגידול הצפוי בהוצאה לבריאות, הצוות הציב כקו מנחה לדיון בתמריצים את המטרות הבאות: שיפור במצב הבריאות של מבטחים בני +65 וירידה במספר המוגבלים.

הגורם המרכזי המשפיע על מצב הבריאות בכלל ושל בני +65 בפרט הוא ריבוי של מחלות כרוניות והשלכותיהן על הירידה בתפקוד. המחלות שנמצאו כגורמות לירידה בתפקוד הן: Stroke, Dementia, Osteoarthritis, CHF, COPD, Cance, Depression, גילוי מוקדם של המחלה עשוי לשפר את מהלכה ולכן מעקב על חולים אלו הוא הכרחי. על מנת להוריד גורמי סיכון למחלות אלה עלינו לטפל/ לעודד ולאזן באמצעות: פעילות גופנית, איזון יתר לחץ דם, איזון סכרת, איזון שומני דם, מניעת עישון.

### התמריצים המוצגים בפרק זה של הדוח באים לתת מענה לבעיות הבאות:

- ◆ נטל כלכלי גדל והולך ברמה הלאומית.
- ◆ כיסוי ביטוחי ציבורי לא מספק ולא אוניברסאלי, היוצר חוסר וודאות ונטל כבד (כלכלי ורגשי) על משקי הבית.
- ◆ פיצול רב של מבטחים ונותני שירות הגורמים ל-:
  - ◆ אי יעילות כלכלית.
  - ◆ חוסר רציפות טיפולית.
  - ◆ סרבול בירוקראטי המקשה על נזקקי סיעוד ובני משפחותיהם.
  - ◆ קושי בבקרה ופיקוח.

- ◆ מחסור בתמריצים מספיקים להשהיית המבוטח בקהילה ולהשקעה בשיקום.
- ◆ דגש בלתי מספק על הרצף הטיפולי ואיכות הטיפול הסיעודי והרפואי בקהילה.

בהינתן כי היעד שנבחר ע"י הצוות הוא: **ירידה במספר המוגבלים ושיפור במצב בריאות**, וכל זאת על מנת להביא לירידה משמעותית בהוצאה לטיפול רפואי הצפויה לאוכלוסיית הגיל השלישי בשנת 2030. ניתן היה לבנות תמריצים בהרבה מאוד תחומים, ותמריצים הם לאו דווקא כספיים, אך על מנת להביא ערך מוסף אמיתי באמצעות התמריצים בחרנו **"מוקדים/נושאים/תחומים"** שאם נתערב בהם נצליח לגרום **לשינוי הגדול ביותר** ובכך להגדיל את שיעור החולים עם בריאות טובה ולהפחית את שיעור החולים בעלי מוגבלות (תלות).

### **ב. תמריצים בארבעה תחומים נבחרים: מניעה, איכות טיפול, שיקום ומערכת מדידה**

המודל המתואר בתרשים שלהלן הוא דוגמא למודל טיפולי המראה מערך התערבויות מדורג לפי עומס תחלואה. התרשים מסייע לבניית תמריצים לפי שלושת שלבי ההתערבות הנדרשים על מנת שאלה יצליחו ויבטיחו: מניעה, איכות טיפול גבוהה במסגרת שיתוף פעולה בין הקהילה ובתי החולים, שיקום ברמה גבוהה וערך מוסף אמיתי למטופל, לקופות החולים ולבתי החולים.

## מודל מניעת הידרדרות בתפקוד ושיפור במצב בריאות

טיפול ממוקד באוכלוסיות **במצב בריאות מורכב**  
 אחריות **משותפת ב"ח קהילה. שיקום** מבוגרים עם ירידה בתפקוד  
 שילוב המערכת הרפואית והחברתית

### טיפול בתחלואה כרונית

ע"י

שיפור **הרצף הטיפולי** ושיפור תשתיות לאינטגרציה טובה יותר בין מערכות מטפלות  
 שיפור עבודת צוות רופא-אחות מרפאה ראשונית

CM, DM

### פיתוח יחידות טיפול בית

ביצוע מעקב פרו-אקטיבי ותיאום תמיכה בטיפול עצמי  
 הערכה ע"י מדדי איכות

### תוכנית מניעה - סילוק גורמי סיכון

קידום בריאות וטיפול עצמי

(איזון סכרת, ל"ד, איזון שומני דם, פעילות גופנית ומניעת עישון)

### ב'1: פיתוח תוכנית למניעה וגילוי מוקדם של מחלות

פיתוח תוכנית למניעה וגילוי מוקדם של מחלות מחלות Stroke, Dementia, Osteoarthritis, CHF, COPD, Cancer, Depression ותמרוץ הלקוח לקחת חלק ולהיענות לתוכניות הקיימות בקופות ולתוכניות שייבנו. על מנת למנוע את המחלות הללו על הקופות לעודד: פעילות גופנית, איזון יתר לחץ דם, איזון סכרת, איזון שומני דם, מניעת עישון. מתוך הספרות ניתן ללמוד כי על מנת להצליח

בתוכנית מניעה נדרשת היענות של הלקוח/חולה, שכן ללא היענות מספקת גם תוכניות מניעה מוצלחות ביותר אינן יכולות להשפיע. לפיכך, התמריצים המתאימים למטרה זו הם ברמת הפרט.

### **דוגמאות לתמריצים אפשריים ברמת הפרט:**

- ◆ במידה והטיפול הסייעודי יעבור לסל ניתן יהיה לתת הנחה בהשתתפויות אם יידרש הלקוח לטיפול סייעודי.
- ◆ הנחות בביטוח המשלים, בתשלום הפרמיה.
- ◆ הנחות משמעותיות במשלים לשימוש במוצרים/שירותים הקשורים למניעה של מחלות אלו.

### **דוגמאות מדדי תוצאה ו/או תהליך:**

- ◆ מספר/שיעור גבוה יותר של השתתפות חולים בתוכניות מניעה.
- ◆ שיעור גבוה יותר של גילוי מוקדם.
- ◆ עלייה בתוחלת חיים.
- ◆ בטווח ארוך ירידה בשכיחות חולים במחלות וירידה בגודל ההוצאה.

### **ב'2: פיתוח מערך טיפולי בית התומך בטיפול בחולה כתחליף לאשפוז: שיתוף פעולה של הקהילה ובתי החולים**

הנתונים מלמדים שעלות הטיפול הרפואי של קשיש המקבל גמלת סיעוד גבוהה פי 3-7 (בהתאם לקבוצת גיל ורמת המוגבלות) מזו של קשיש אחר באותו גיל, אך ללא זכאות לגמלה. עיקר ההוצאה היא באשפוז. כמו כן, מבוטח בן 65+ עצמאי הסובל מתחלואה מרובה נקלע ל"סבב" של אשפוזים העולים למערכת כסף רב, אך אשפוזים אלה אינם משפרים בהכרח את מצב בריאותו. מערכת תומכת של טיפולי בית התומכת בטיפול הניתן ע"י הרופא הראשוני והדואגת לייצוב החולה יכולה להוביל לחיסכון כספי בקופות - במידה והיא תנהל נכון. ההנחה היא שטיפול איכותי במחלות כרוניות מאופיין ע"י אינטראקציות יעילות בין צוות מטפל לבין מטופלים, הכוללות: הערכה, תמיכה לטיפול עצמי, אופטימיזציה של הטיפול, מעקב יזום. כדי שהמודל יפעל, הצוות צריך להיות פרו-אקטיבי ומכוון לעבודת צוות, והמטופל צריך להיות מוכן ו-"מופעל" לטפל בעצמו ולמלא אחר המלצות הצוות.



עקרונות המודלים בספרות מתבססים על 5 רכיבים שביניהם קיימת אינטראקציה:

1. **הדרכה ותמיכה בטיפול עצמי.**
2. **מערך שירותים פרו אקטיביים** (יחידות טיפול בית, שירותי ניטור, מוקד טלפוני וכו').
3. **מערך תומך בקבלת החלטות קליניות ברפואה הראשונית** (חיבור יעיל לבי"ח ליועצים בכירים).
4. **מערכת מדידה המנטרת ומסייעת בבחירת כיווני ההתערבות.**
5. **חיבור מובנה למערכות חברתיות, קהילתיות.**

יחידת טיפול בית חיוניות כעזר לרופא הראשוני להשארת החולה בקהילה ולמניעת אשפוזים במצבים שהחולה יוצא מאיזון ונדרש התערבות. ניתן לחשוב על מודלים משולבים עם רופאי בתי חולים (מחלקות ריאות/פנימיית/גריאטריה) אשר ייעצו ליחידות אלו ולרופא הראשוני לתכנן את מהלך הטיפול (בעיקר נדרשת התערבות של רופאי בתי חולים בחולים מורכבים).

אפשר לעודד מערך משותף לקהילה ולבתי החולים ולבנות תמריצים שיעודדו חשיבה זו. לא תמיד ניתן לטפל בחולה המורכב בקהילה ונדרש אשפוז כדי לאבחננו ולייצבו, ולאחר מכן נדרשת תחזוקה מונעת והתערבות במצבי אי איזון בקהילה.

בשילוב פעילות קהילה - בתי חולים המלווה בלקיחת אחריות משותפת לחולה עשויה ללא ספק להועיל גם לחולה וגם למערכת.

### **דוגמאות לתמריצים ברמת הקופות ובתי החולים:**

- ◆ **עבור חולה כרוני עם מחלה אחת ויותר אך עם רמת מורכבות לא גבוהה**  
**מאוד:** מתן מקדם גבוה יותר בנוסחת הקפיטציה (נוסחה לאומית או קופתית) או לחילופין תוספת שנתית שקלית לקופה בגין אותו חולה. תוספת פיצוי זו תשמש בטווח הקצר להשקעה בבניית תוכנית טיפול הוליסטית הכוללת: הדרכה ותמיכה בטיפול עצמי, מערך שירותים פרו-אקטיביים (יח' טיפול בית, שירותי ניטור, מוקד טלפוני וכו'), מערך תומך בקבלת החלטות קליניות ברפואה הראשונית (חיבור יעיל ליועצים בכירים), תאום הטיפול בין גורמים מטפלים, חיבור מובנה למערכות חברתיות, קהילתיות ומעקב.

## **התוספת הנדרשת היא משמעותית בהיקף של 150-200 מליוני ₪ שתשמש כהלוואה בטווח הקצר לבניית המערכת והתשתיות ולאחריה תגיע גם האיכות והיעילות.**

◆ **עבור אוכלוסיות במצב בריאות מורכב מאוד השווה רבות בבי"ח:** בנוסף לתוספת הנזכרת לעיל תינתן תוספת לאחריות משותפת על החולה של בי"ח והקהילה גם יחד אשר תופנה **בעיקר לבי"ח:** רופאי בי"ח ייקחו חלק בתכנון הטיפול, בייעוץ ובמעקב אחר החולים הללו תוך אינטגרציה מלאה עם הקופות והמוסדות להמשך טיפול אליהם מגיעים החולים. רופאי בי"ח ישמשו מנחים גם ליחידות טיפול הבית בכל פעם שהחולה ייצא מאיזון על מנת למנוע את הצורך בפנייה למיון או אשפוז מיותר.

דוגמאות למדדי תוצאה ו/או תהליך:

- ◆ חולים מותאמים למסגרות טיפול קהילה, קהילה - בי"ח.
- ◆ עלייה בשביעות הרצון של המטופל ומשפחתו.
- ◆ עלייה בשביעות הרצון של הצוותים.
- ◆ עליה בתוחלת חיים.
- ◆ ירידה בהוצאה בעיקר באשפוז.

**הערה:** במידה והסיעוד ייכלל בסל שירותי הבריאות וניתן יהיה להשתמש גם בסל הרווחה לטובת יחידות טיפול הבית, תיווצר אפשרות להרחיב הסיוע בטיפול בחולה המוגבל. המטפלים הלא מקצועיים יוכלו לעבור הכשרה כדי להיות מעורבים יותר בטיפול בחולה ובאימון שלו. כמו כן, הקופות ידרשו דרישות רבות יותר מחברות הסיעוד המספקות מטפלים כגון: לדווח באופן שוטף על מצב תפקודי של החולה, לבצע תרגילים עם החולה, לערוך הדרכות/הכשרות קצרות מועד/רענון למטפלים, כלומר לאפשר למטפל ל"התאוורר" ולדאוג להחלפתו לחופשותיו באופן סדיר.

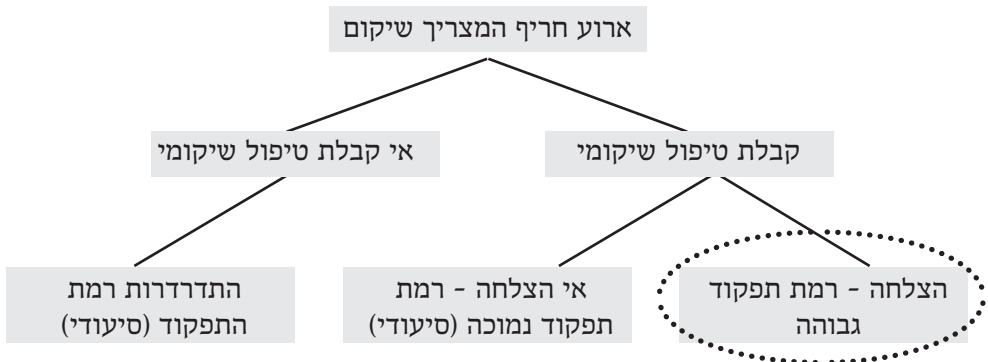
יש המעריכים כי שימוש בתקציב הגמלה שבמסגרת ענף הסיעוד של הביטוח הלאומי יעזור בבניית יחידות טיפול הבית ויתרום להצלחתן. חלוקת השעות תהיה באחריות הקופות בשילוב עם יחידות טיפול הבית ויתנו מענה הוליסטי ומלא לצרכי החולה. העברת האחריות על שעות הטיפול במסגרת גמלת הסיעוד מהביטוח הלאומי לקופות היא שלב ראשון בהעברת כל תחום הסיעוד לקופות.

**ב'3: תמריצים לשיקום בבתי החולים ו/או בקהילה:**

תחום זה זכה לתשומת לב רבה בשנים האחרונות. המלצות בתחום זה הוגשו ב-2005 על ידי המועצה הלאומית לגריאטריה ולשיקום וב-2007 על ידי הוועדה הלאומית לשיקום. כמו כן, משרד הבריאות פרסם חוזר מנהל רפואה מס' 4/2009 וגם החליט על מדיניות לצמצום קודים, שמשמעותה היא עידוד השיקום.

אלפי חולים לוקים בשבר צוואר הירך מידי שנה, חולים אחרי CVA וחולים אחרי ארוע חריף. אנו מעריכים כי חלק לא מבוטל מהם (בקירוב בין 10%-15%) לא מקבלים שיקום מכל סוג שהוא לא באשפוז ולא בקהילה. מחקרים מצביעים על תועלת ברורה משיקום מיידי מידי צוות רב מקצועי למניעה של הידרדרות למצב סיעודי של: חולים לאחר אירוע מוחי, חולים לאחר שברים אורטופדיים וחולים לאחר אירוע חריף שגורר ירידה בתפקוד.

**תרשים סכמטי - הקשר בין שיקום לסיעוד**



על פי הערכותיהם של רופאי שיקום, פיצול האחריות בין משרד הבריאות לקופות גורם לנטייה ברורה להעביר חולים לסטאטוס סיעודי ומונע אפשרות לניסיון שיקומי במקרים בהם ההצלחה המנובאת הינה נמוכה. החלטה זו גוררת הוצאה גבוהה במערכת לאשפוז וירידה תלולה באיכות החיים.

דוגמאות לתמריצים אפשריים בתחום השיקום:

- ◆ מתן ניסיון שיקומי לחולה עם סיכוי נמוך לאחר אשפוז עם אחד מהאבחנות לעיל:
- ◆ לקופות - מימון של 30 יום שיקום בגין ניסיון שיקום לחולים אשר ועדה העריכה כי ניתן לשקמו בסבירות נמוכה מאוד.
- ◆ מתן שיקום תחזוקתי לאחר שיקום בבי"ח שיקומי:
- ◆ בניית מדד איכות במסגרת תוכנית מדדי האיכות: מספר הקשישים לאחר שיקום שקיבלו ב-12 החודשים לאחר האשפוז 12 טיפולי שיקום (בבית או במכון), מתוך כלל הקשישים שעברו שיקום.
- ◆ העלאת איכות השיקום במוסדות:
- ◆ מתן תעריף שונה לשיקום שהצליח לעומת שיקום שנכשל.
- ◆ מדד איכות במסגרת מדדי איכות בתי חולים: אחוז הקשישים ששוקמו וחזרו לקהילה מתוך כלל הקשישים שהופנו.
- ◆ מדד זה יהיה לפי גיל מצב בריאות וסוג אירוע (שבר, CVA, אירוע חריף אחר).

#### **ב'4: פיתוח מערכת מדדים לגיל השלישי והטמעתם באמצעות תוכנית מדדי האיכות הלאומית**

מוצע להקים מערכת המדדים לגיל השלישי שתכלול מדדי תהליך ותוצאה המתייחסים לתחומים ספציפיים כמו, למשל: מחלות הכרוניות, רצף טיפול קהילה - בית חולים, שיקום, טיפול סיעוד בקהילה. מדדי האיכות יפותחו עבור הקהילה, בתי החולים, ועבור המטופלים הסיעודיים בבתי החולים ובקהילה.

במערכת המדידה לגיל השלישי ישולבו נתונים על החולה מכל מקורות המידע: קופות החולים, בתי החולים כולל הסיעודיים, המטפלים הפרטיים, המוסד לביטוח לאומי וכו'.

עצם קיומה של סדרת מדדים יאפשר למידה של הנתונים, ניתוח שלהם ובכך ניתן יהיה לנהל את הטיפול באוכלוסיית הגיל השלישי בכל הרצף/מימדים ולשפר את תוצאותיו - "מה שאתה לא מודד אינך יכול לנהל".

מן הספרות ניתן ללמוד, "כי קיום מדדי איכות מהווה תמריץ חיובי לשיפור הפעילות הרפואית מצד הצוות הרפואי"<sup>22</sup>.

איסוף הנתונים ובחינת המדדים יאפשר לבחור את הנושאים/תחומים להתערבות, לקבוע יעדים לאומיים, לאתר פערים, לפתח שירותים ייעודים, לעקוב ברמה של אזור, מרפאה, רופא, ולבצע מעקב הדוק אחר התהליך, התוצאות הבריאותיות שלו והעלויות הכספיות הכרוכות בו.

### **דוגמאות לתמריצים נוספים שעלו בצוות החשיבה:**

במסגרת הדיונים בצוות, עלו מספר רעיונות לתמריצים נוספים הדוגמאות הן בעיקר בשני תחומים: תמריצים ומדדים לשיקום, להשאת החולה בבית ולשיפור הרצף והמעקב לאחר השחרור מבית החולים.

♦ **תמריץ למשפחה אשר מחזיקה את הקשיש בבית** במקום להעבירו למוסד, התמריץ יכול לבוא כזיכוי במס או בגמלה.

♦ **תמריץ לבית החולים על ביצוע "שחרור מתוכנן"** מבית החולים לקהילה לחולה המשתחרר לקהילה וזקוק להשגחה/טיפול בית או לביקור רופא בביתו או נדרש לבקר בדחיפות במרפאה בעקבות מצבו. אפשר לנסות לתמרץ את ביה"ח לשחרר את החולה באופן נכון יותר, תוך לקיחת אחריות משותפת על המשך הטיפול בחולה עם גורמים בקהילה. התמריץ יתייחס לביצוע שחרור מתוכנן הכולל יידוע המרפאה/רופא או אחות בעת הצורך ומתן אפשרות למרפאה להתייעץ עם המחלקה בעניין החולה. התמריץ יכול להיות תשלום של עוד 100 ₪ לכל מאושפז.

♦ **תמריץ לחברות הסיעוד על דיווח חודשי** של מצב החולה על פי סרגל מדידה מקובל על מנת לעקוב על מצב תפקוד.

♦ **תמריץ לחברות סיעוד אשר עובדיה עברו הכשרה** טרם כניסת לתפקיד והחברות נוהגות לבנות ולהטמיע תוכניות למניעת שחיקה בקרב המטפלים.

22 ממצאים דומים לאלה האחרונים נתקבלו גם אצל McClellan and Staoger (1999).

♦ **תמריץ למשפחות לשלוח קשישים למרכזי יום** בהנחה כי במרכזי היום ייבנו תוכניות להעצמה של החולים, לפעילות/פיזיותרפיה קלה, לחינוך לבריאות, קב' תמיכה ועוד. השהות במרכז למספר שעות תקל גם על העומס על המטפל ועל המשפחה. היום שעות במעון מרכז יום מקוזזות משעות טיפול בית והמשפחות נוטות לוותר על מרכזי היום.

### 3. הרצף הבריאותי - סיעודי

מרבית מדינות המערב רואות בהשהיית הקשיש הסיעודי זמן רב ככל הניתן בקהילה כיעד ראוי. הסיבות לכך מגוונות, בין השאר הן נעוצות בערכים תרבותיים הקשורים לחשיבות המיוחסת להשארת הקשיש בקרב בני משפחתו, ותחושת 'הזנחת' המטופל עם הוצאתו מהבית. ידוע, למשל, כי שינוי סביבת המגורים לחולים סיעודיים ובעיקר בקרב חולי דמנציה עלול להחריף בצורה ניכרת את מצבם הרפואי/תפקודי. חשוב לציין כי גם סיבות כלכליות הקשורות לעלות של ההחזקה במוסד לעומת עלות ההחזקה של קשיש סיעודי בבית, מהוות מרכיב חשוב בהחלטה של המשפחה האם לאשפז את הקשיש. צמצום האשפוז הסיעודי יתרום גם לחסכון של עלויות האשפוז הגבוהות לקופה הציבורית. קיימת אם כן העדפה כל עוד מצבו של הקשיש מאפשר זאת, לעודד שהייה בקהילה.

ממחקרים שבוצעו בישראל ניתן להסיק כי שלוש קבוצות של גורמים עלולים להשפיע על הסיכוי להעברה מהקהילה לאשפוז.

1. **הידרדרות בריאותית-תפקודית** של הנזקק, כשבמקרים רבים זה נובע מאירוע חריף כגון שבר בצוואר הירך, פצע לחץ, קריסת מערכות וכד' (קשיי נגישות לשירותי בריאות או בעיות באיכות הטיפול עלולים להחריף את ההידרדרות). גם טיפול סיעודי לקוי בבית, נפילות, שימוש לקוי בתרופות, חוסר תשומת לב והקפדה על שינויי תנוחה שתוצאתן פצע לחץ עלולים להחמיר את ההידרדרות.

2. קבוצה שנייה של גורמים שתורמת לסיכוי להגיע לאשפוז קשורה **למטפל העיקרי**. העומס הכלכלי והרגשי על המטפל הוא עצום וקשה לעמוד בו לאורך שנים. קריסה של המטפל העיקרי תזרז את העברת הנזקק הסיעוד למוסד, גם אם לא היה שינוי במצבו הרפואי/תפקודי. מדינות רבות הכירו בתרומתו של

המטפל ובצורך לשמר את תפקודו ברמה טובה לאורך זמן ולכן קיימות מדינות שמשמרות אותו באמצעים שונים, לדוגמא - גמלה כספית למטפל, מימון החלפתו למספר ימים מספר פעמים בשנה נופשון (רענון), תמיכה רגשית, סדנאות הכשרה וקבוצות תמיכה ועוד.

3. גורם שלישי הוא מערכת **התמריצים** הקיימת, ועל כך נרצה להרחיב בשורות הבאות. נסקור את מערכת התמריצים הקיימת לכל אחד מהגורמים המבטחים בתחום ונבחן האם מערכת זאת מתמרצת מתן טיפול יעיל ומיטבי לקשיש.

א. האחריות על הטיפול בקשיש סיעודי השווה בקהילה נחלקת בין המוסד לביטוח לאומי (סיוע במטלות-ADL); קופות חולים (שירותים רפואיים שבסל); שירותי הרווחה של הרשות המקומית; משרד הבריאות בכל הקשור למכשירי שיקום וניידות לרבות מיטות, מזרנים וכריות מיוחדים למניעת פצעי לחץ, כסאות גלגלים, מנופים ביתיים והליכונים; וחברות הביטוח (במקרים בהם קיים ביטוח מסחרי או משלים). אם הוא זקוק להתאמת דיור (כגון שינוי במעבר בין החדרים וחדר הרחצה לכסא גלגלים) מצוי הדבר באחריות משרד הבינוי והשיכון. אם המשפחה בחרה להסתייע בשירותי עובד זר, נכנס לתמונה גם משרד הפנים והתמ"ת.

ב. בנוגע לאשפוז במוסדות לטיפול ממושך קיים פיצול בין משרד הבריאות (סיעוד רגיל ותשושי נפש, למי שעומד בקריטריונים סוציאליים-כלכליים), קופת החולים (אשפוז חריף ואשפוז סיעוד מורכב) ומשרד הרווחה (מימון האשפוז של תשושים).

ג. התמריצים הניצבים במתכונת הנוכחית בפני קופות החולים אינם מעודדים אותן להשקיע בשיקום ולמנוע את ההזדקקות לאשפוז סיעודי. זאת, מאחר ומהרגע בו הופך הקשיש ל'תשוש' או לסיעודי עוברת האחריות למימון אשפוזו מקופת החולים למשרדי הרווחה ולמשרד הבריאות, בהתאמה. באופן פרדוקסאלי, במצב זה הוצאות הקופה בגין אותו מבוטח יורדות<sup>23</sup>. יש לציין כי

23 לקופות החולים יש כלים רבים כדי למנוע הזדקקות לאשפוז, מעבר לפעילות שיקומית, אבל אין להן את התמריץ להשקיע באותם אמצעים.

תוכנית שמפעילים משרדי הבריאות והאוצר לתמרוץ הקופות למנוע אשפוז סיעודי, זוכה להצלחה מועטה בלבד. גם למוסד לביטוח לאומי שמממן את הטיפול הסיעודי בקהילה לכ-150,000 נזקקי סיעוד, בהיקף כספי של 4 מיליארד ₪ בשנה, אין כל תמריץ למנוע את העברתו של נזקק הסיעוד לאשפוז, שהרי מרגע שעבר למוסד, מסתיימת גם אחריות המוסד לביטוח לאומי בכל הקשור לאספקת שעות סיעוד, והנטל התקציבי המוטל על המוסד לביטוח לאומי פוחת.

ד. משרד הבריאות אשר בכל הרצף הטיפולי נוגע רק באשפוז הסיעודי, אינו בעל יכולת השפעה של ממש על מניעת ודחיית נזקקות לסיעוד. כאשר מגיעים אליו פונים לאשפוז סיעודי הם כבר נמצאים לרוב בשלב אשר לא ניתן כבר להשקיע במניעת האשפוז. כאשר מצבו הבריאותי של נזקק הסיעוד מדרדר והוא נזקק לאשפוז סיעודי מורכב, הוא יוצא מאחריות משרד הבריאות וחוזר לאחריות קופות החולים. לכן למשרד הבריאות יש עניין לעודד את המעבר לאשפוז סיעודי מורכב ואין לו תמריץ למנוע את ההידרדרות הזו.

ה. היעדר תמריצים למשפחות להשאיר את הקשיש בבית. מכיוון שארבעה גופים ממשלתיים שונים מטפלים בנזקק הסיעוד לאורך הרצף הטיפולי (קופות החולים, המוסד לביטוח לאומי ומשרדי הבריאות והרווחה), אין כל אחידות בזכאויות הכלכליות לשירותי סיעוד ביתיים וקהילתיים ומדיניות לגבי השתתפויות עצמיות. אם מטרתה של המדינה הינה להשאיר את נזקק הסיעוד זמן רב ככל הניתן בקהילה, היינו צופים כי כללי ההשתתפות העצמית המוטלים עליו ועל בני משפחתו יעודדו זאת. כיום המצב הינו הפוך. משפחה בעלת הכנסה נמוכה אשר מטפלת בנזקק סיעוד ברמת המוגבלות הגבוהה ביותר, אשר זקוק להשגחה של 24 שעות ויכול להיות מטופל בקהילה, מקבלת מן הביטוח הלאומי סיוע של כ-3 שעות ביום בלבד. את התשלום לעובד שמטפל בנזקק הסיעוד בשאר שעות היממה נדרשת המשפחה להשלים מתקציבה. עלות זאת יכולה להגיע ללמעלה מ-5,000 ₪ בחודש. לעומת זאת, אם אותה המשפחה תחליט להכניס את נזקק הסיעוד לאשפוז סיעודי, יתכן מאוד כי ההשתתפות העצמית של המשפחה לא תעלה על 1,000 ₪ בחודש. זהו הבדל משמעותי, אשר דוחף, לעיתים ללא צורך תפקודי, את נזקקי הסיעוד לאשפוז במקום טיפול טוב ויעיל יותר בקהילה. נושא זה



מקבל משמעות כשהוא מתווסף לנטל הרגשי והכלכלי המוטל כיום על המטפל העיקרי והגורם לאורך זמן לשחיקתו. שיעור נזקקי הסיעוד שמאושפזים עקב קריסת המטפל העיקרי וקריסת מערך התמיכה המשפחתי נאמד בעשרות אחוזים מכלל המאושפזים.

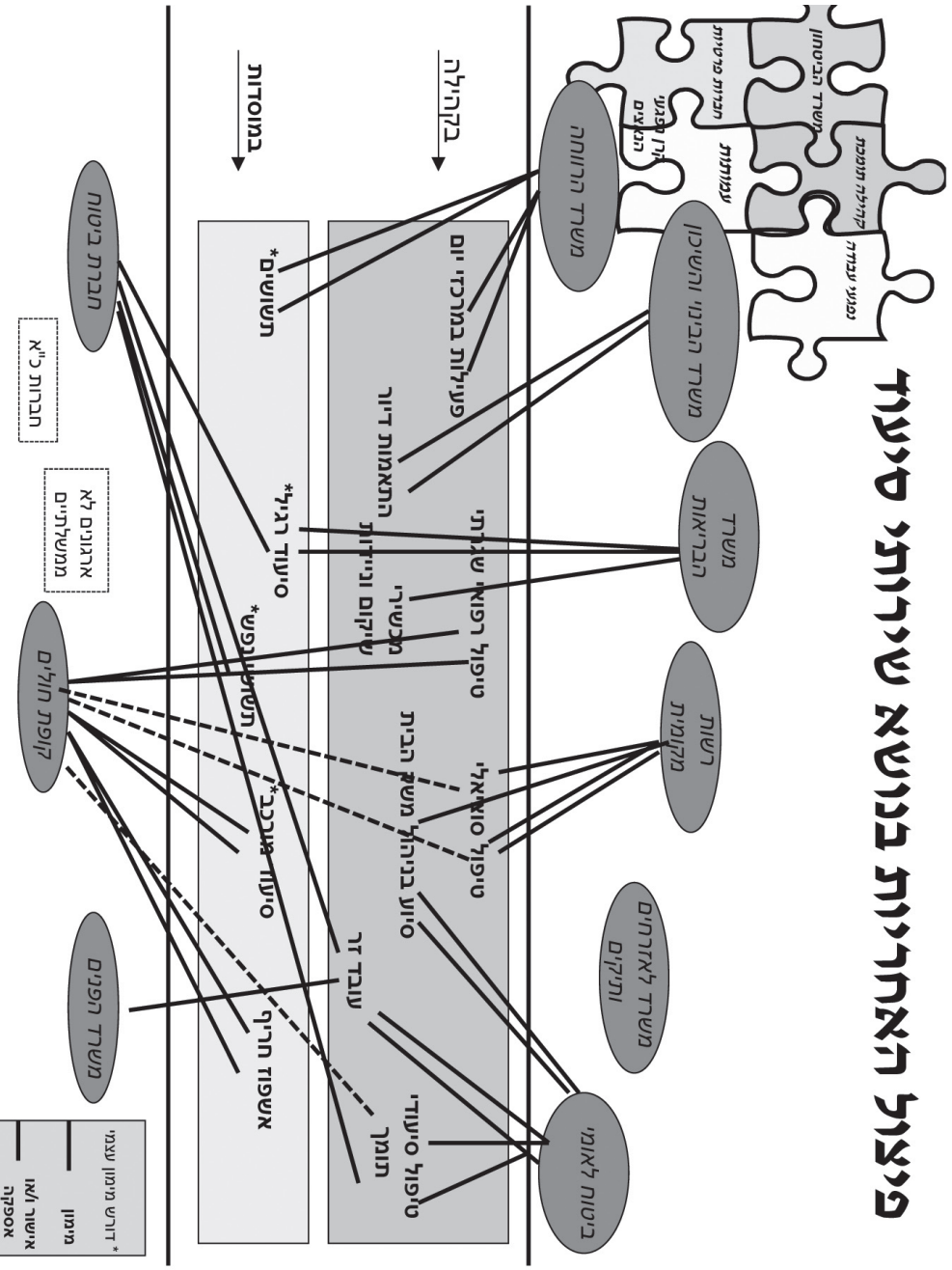
ראייה כוללת של התמריצים הנ"ל וכן העובדה שלמשרד הבריאות כמממן אשפוז סיעודי, יש אמנם תמריץ להמעיט באשפוז ובאישורי קודים, אך מאידך אין לו השפעה על הנעשה בקהילה והוא לא יכול לשלוט במספר הפניות לאשפוז, מביא לכך שלמעשה התמריצים הקיימים כיום בפני הארגונים המעורבים בטיפול בקשיש הסיעודי, פועלים בכיוון של מיסוד.

1. מעבר למבנה התמריצים, עצם הפיצול של השירותים הוא גם גורם שמשפיע על הפניה לאשפוז ועל היכולת לנצל את החלופות. הבעיה קיימת בשתי רמות:

1. במתכונת הנוכחית הממשק בין הקהילה לבין מערך האשפוז סובל מהפיצול הקיים, הן בהקשר לאחריות על ארגון השירותים והן על מימונם. אין כיום במערכת זו רשות אחת - שתפקידה לתכלל - ולהיות **accountable** על כל ההיבטים של הטיפול בקשיש המוגבל. באין גורם שכזה אין גם מי שיקבל החלטת מדיניות בנושאים כגון העדפת הפתרון הקהילתי על פני המוסדי (או אי העדפה). כמו כן, הפיצול גורם לקשיי רגולציה ובקרה. הוא תורם לכך שאין ראייה כוללת של הכיסוי הביטוחי הסוציאלי הראוי, לחוסר ניטור ואיסוף שיטתי של מידע ולהתנהלות שאינה מכוונת מטרות ויעדים ואינה מבוססת על ראייה רחבה של הנתונים.

2. ריבוי המטפלים וחוסר גורם שמשמש כמנהל טיפול (**case manager**) מביא לאי מיצוי זכויות, בלבול של מבוטחים ומשפחותיהם, חוסר רציפות בטיפול, ומשפיע על איכותו של הטיפול ועל איכות חייהם של נזקקי הסיעוד ומשפחותיהם.

# פיצול האחראיות בנושא שירותי סיעוד



מקור: משרד הבריאות (2011)

### המלצות משתתפי כנס ים-המלח:

1. קיימת הסכמה רחבה כי יש לפתור את בעיית הרצף באמצעות שינוי מבני ואיחוד הטיפול בידי גורם אחד. מרבית המשתתפים בכנס המליצו כי יש לספק את השירותים המאוחדים באמצעות קופות החולים. היו שהדגישו שיש בראש ובראשונה לשאוף לתיאום בין הרשויות, גם אם אינו מלווה באיחוד תחת קורת גג אחת של כל המרכיבים.
2. הוסכם כי כל העברה של אחריות צריכה להיות מלווה בהעברה של תקציב מתאים ואחריות לגורם המבצע. עד ליישום תוכניות לאיחוד השירותים יש להפעיל אמצעי מדיניות שיקרבו אותנו אל היעד. לרבות, תשתית תכנונית בשיתוף כל הגורמים המעורבים.
3. הועלה גם הצורך לדאוג ליישום התוכניות להרחבת התשתיות הפיזיות ותשתיות כ"א כפי שעלו בדוח ועדת שטסמן.
4. נוסחת הקפיטציה - משתתפי הכנס הסכימו כי לנוסחת הקפיטציה יש חשיבות רבה בהסדרת התמריצים במערכת.
5. סימון המקורות התקציביים המיועדים לקשישים - הדעות בנושא זה היו חלוקות. כהצעה לפיתרון הועלתה האפשרות כי סימון המקורות יהיה לתקופה מוגבלת.
6. מתן תמריצים בנושא צריך לכלול את כל הגורמים המעורבים בנושא ולא רק את קופות החולים. ככל שנותנים תמריצים יש לדאוג להמשכיות במתן התמריצים ולא לתת תמריצים רק לטווח הזמן הקצר.
7. יש לתת יותר דגש על תמריצים לשיקום.
8. מומלץ לבנות מדדי איכות לקשישים במסגרת פרויקט המדדים הלאומי.

### רשימת מקורות:

מכון ברוקדייל (2011), קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2010, מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.  
 רוזנבלוט, י. וגפן, ק. (2009), סקירת ספרות בנושא (Pay for Performance) P4P, שירותי בריאות כללית, נייר עמדה.

Abe, Y. (2007), "The Effectiveness of Financial Incentives in Controlling the Health Care Expenditure of Seniors", Japan and the World Economy, Vol. 19, pp. 461-482.

Barnato, A.E., (2004), "Trend in Inpatient Treatment Intensity among Medicare Beneficiaries at the End of Life", *Health Services Research*, Vol. 39, iss. 2, pp. 363-375

Chung, K. Yang, D. and Lee, J.H. (2010), "Determinants of Primary Care Physicians' Referral Pattern: A Structural Equation Model Approach", *International Journal of Public Policy*, Vol. 5, Iss. 2-3, pp. 259-271.

Custers, T., Hurley, J., Klazinga, N.S. and Brown, A.D. (2008), "Selecting Effective Incentive Structures In Health Care: A Decision Framework to Support Health Care Purchasers in Finding the Right Incentives to Drive Performance", *BMC Health Services Research*, Vol. 8, Iss. 66.

Garber, A.M., MaCurdy, T.E. and McClellan, M.L. (1998), *Medical Care at the End of Life: Diseases, Treatment Patterns, and Costs*, NBER Working Papers No. 6748, Cambridge, MA.

Kantarevic, J., Kralj, B. and Weinkauf, D. (2011), "Enhanced Fee-for-Service Model and Physician Productivity: Evidence from Family Health Groups in Ontario", *Journal of Health Economics*, Vol. 30, Iss. 1, pp. 99-111.

Kosecoff, J., Kahn, K.L., Rogers, W.H., Reinisch, E.J., Sherwood, M.J., Rubenstein, L.V., Draper, D., Roth, C.P., Chew, C. and Brook, R.H. (1990), "Prospective Payment System and Impairment at Discharge: The 'Quicker-and-Sicker' Story Revisited", *Journal of the American Medical Association*, Vol. 264, Iss. 15, pp. 1980-1983.

McClellan, M. and Staoger, D. (1999), *The Quality of Health Care Providers*, National Bureau of Economic Research, NBER Working Papers No. 7327, Cambridge, MA.

Menec, V.H., Sirski, M. and Attawar, D. (2005), "Does Continuity of Care Matter in a University Insured Population?" *Health Services Research*, Vol. 40, Iss. 2, pp. 389-400.

Peltier, J., Nill, A. and Schibrowsky, J.A. (2003), "Internal Marketing, Nurse Loyalty and Relationship Marketing: An Exploratory Study of German Nurses", *Health Marketing Quarterly*, Vol. 20, Iss. 4, pp. 63-82.

## נספח - משתתפי הכנס

שם פרטי	שם משפחה	שיוך מוסדי	מייל
1	אליק	אבירם	המכון הלאומי aviram@israelhpr.health.gov.il
2	דן	אבן	הארץ daneven_ever@yahoo.com
3	לאה	אהרוני	שירותי בריאות כללית leaah@clalit.org.il
4	זאב	אהרונסון	קופת חולים מאוחדת ahronson@meuhedet.co.il
5	ניסים	אוחנה	בית חולים רעות ohana@reuth.org.il
6	מאיר	אורן	בית חולים הלל יפה oren@hy.health.gov.il
7	לאה	אחדות	מכון ון ליר leaha@vanleer.org.il
8	לאוניד	אידלמן	הר"י yochi@ima.org.il
9	ניסים	אלון	לאומית שירותי בריאות nalon@leumit.co.il
10	אשר	אלחיאני	קופת חולים מאוחדת asher.e@meuhedet.co.il
11	רננה	אלמוג	מועצת הבריאות renana.almog@moh.health.gov.il
12	תמר	אלרם	משרד הבריאות tamar.elram@moh.health.gov.il
13	ענת	אנגל	משרד הבריאות anat.engel@moh.health.gov.il
14	שרון	אסיסקוביץ	המוסד לביטוח לאומי SharonAS@nioi.gov.il
15	ליאון	אפשטיין	האוניברסיטה העברית leon@hadassah.org.il
16	חיים	ביטרמן	שירותי בריאות כללית bitterman_haim@clalit.org.il
17	יאיר	בירנבאום	בית חולים הדסה ybirnbaum@hadassah.org.il
18	גבי	בן-נון	אוניברסיטת בן גוריון בנגב gabibinnun@gmail.com
19	יוספה	בן משה	אש"ל yosefa@jdc.org.il
20	עמית	בן צור	משרד הבריאות amit.bentzur@moh.health.gov.il
21	עדה	בן ששון	מועצת הבריאות ada_b@clalit.org.il
22	נטע	בנטור	מכון ברוקדייל bentur@jdc.org.il
23	יעל	בר	משרד הבריאות yael.bar@moh.health.gov.il
24	מרים	בר גיורא	משרד הרווחה והשירותים החברתיים miriamb@molsa.gov.il
25	יוסף	ברגמן	מכבי שירותי בריאות bregman_y@mac.org.il
26	ג'ני	ברודסקי	מכון ברוקדייל jennyb@jdc.org.il
27	שי	בריל	מרכז גריאטרי בית רבקה shaybr@clalit.org.il

שם פרטי	שם משפחה	שיוך מוסדי	מייל
28	יצחק	בריק	אש"ל brick@jdc.org.il
29	שולי	ברמלי גרינברג	מכון ברוקדייל shuli@jdc.org.il
30	יצהל	ברנר	בית חולים מאיר Ynberner@clalit.org.il
31	פנחס	ברקמן	משרד הבריאות pinhas.berkman@moh.health.gov.il
32	רוני	גאגין	מועצת הבריאות r_gagin@rambam.health.gov.il
33	מיטל	גבאי	משרד הבריאות meital.gabay@moh.health.gov.il
34	דורית	גולדמן	מכבי שירותי בריאות goldman_d@mac.org.il
35	לאוניד	גולדנשטיין	משרד הבריאות leonid.goldenshtein@lbm.health.gov.il
36	איריס	גינצבורג	קופת חולים מאוחדת iris.g@meuhedet.co.il
37	רוני	גמזו	משרד הבריאות mankal@moh.health.gov.il
38	רוני	גנץ לינדר	דה מרקר ronnyl@haaretz.co.il
39	דן	גרינברג	אוניברסיטת בן גוריון בנגב dangr@bgu.ac.il
40	דודי	גרשנבוץ	משרד הבריאות dudi.g@moh.health.gov.il
41	צבי	דולצקי	המרכז לבריאות הנפש באר שבע tzvidov@bgu.ac.il
42	חיים	דורון	המכון הלאומי haimrdoron@gmail.com
43	אלי	דפס	שירותי בריאות כללית defes_e@clalit.org.il
44	מיטל	הוברט-אשכנזי	המשרד לאזרחים ותיקים meitalh@pmo.gov.il
45	מיה	הולצמן	מכבי שירותי בריאות maya@mac.org.il
46	שלי	החנוכי	מכבי שירותי בריאות hachno_sh@mac.org.il
47	מירה	היבנר-הראל	משרד הבריאות mali.crazi@moh.health.gov.il
48	ערן	הכהן	משרד האוצר eranha@mof.gov.il
49	יונתן	הלוי	בית חולים שערי צדק halevy@szmc.org.il
50	יעקב	הרט	שירותי בריאות כללית jacobh@clalit.org.il
51	יצחק	הרמן	INSIGHTS Ltd iherman@netvision.net.il
52	לאה	וופנר	הר"י lea@ima.org.il
53	יעקב	ויטקובסקי	מועצת הבריאות wjacob@bezeqint.net
54	דורית	וייס	שירותי בריאות כללית doritwe@clalit.org.il
55	דניאל	ורדי	לאומית שירותי בריאות dvardy@leumit.co.il

שם פרטי	שם משפחה	שיוך מוסדי	מייל
56	שעיה	ז'ילונקה	zilonka_s@mac.org.il
57	יצחק	זיו-ניר	zivner@netvision.net.il
58	יצחק	זידס	itzhak.zaidise@sheba.health.gov.il
59	יאיר	זילברשטיין	yzilberstein@mof.gov.il
60	סלמן	זרקא	Salman.z@moh.health.gov.il
61	ג'ק	חביב	jack@jdc.org.il
62	נעה	חורב	noa@ahuzat-bayit.co.il
63	אביעד	טור-סיני	avts2309@netvision.net.il
64	אורית	יעקובסון	oritja@clalit.org.il
65	אבי	ישראלי	israeli@hadassah.org.il
66	אהרון	כהן	aaron.cohen@moh.health.gov.il
67	אלי	כהן	elico@clalit.org.il
68	זהרה	כהן	zoharac@pmo.gov.il
69	רועי	כפיר	roikf@mof.gov.il
70	בת שבע	כץ	batsheva.porat@telaviv.health.gov.il
71	נעה	כץ	noaca@clalit.org.il
72	סלעית	כץ-אפודי	salit@salitpr.com
73	בעז	לב	mmancal@moh.health.gov.il
74	אמנון	להד	Amnonl@cc.huji.ac.il
75	שרה	לוי	sara.levi@moh.health.gov.il
76	ניקי	ליברמן	nickyli@clalit.org.il
77	זיוה	ליטבק	Zival@israelhpr.health.gov.il
78	איריס	לייטרסדורף	iris.le@moh.health.gov.il
79	יואל	ליפשיץ	yoel.lipschitz@moh.health.gov.il
80	יהונתן	למברגר	lemlberger@mac.org.il
81	אירית	לקסר	irit.laxer@moh.health.gov.il
82	משה	לשנו	leshnom@post.tau.ac.il
83	שלמה	מור-יוסף	moryosef@hadassah.org.il
84	אליהו	מזרחי	exm42@sheba.health.gov.il

מייל	שיוך מוסדי	שם משפחה	שם פרטי	
menczel@md.huji.ac.il	בית חולים הרצוג	מנצ'ל	יעקב	85
ematz@leumit.co.il	לאומית שירותי בריאות	מץ	ערן	86
shai-n@globes.co.il	גלובס	ניב	שי	87
rachelni@jdc.org.il	מכון ברוקדייל	ניסנהולץ-גנות	רחל	88
simont@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן-גוריון בנגב	סימון תובל	צחית	89
etti.samama@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	סממה	אתי	90
saar_r@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	סער	רן	91
nvehorim@zahav.net.il	נווה הורים	עוזרי	רוני	92
vered.e@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	עזרא	ורד	93
yair.amikam@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	עמיקם	יאיר	94
gideshet@yedioth.co.il	ידיעות אחרונות	עשת	גדעון	95
polliack_g@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	פולק	גבי	96
porath_avi@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	פורת	אבי	97
dorotnet@smile.net.il	מגזין דורות	פורת	גדי	98
rotemo@hadassah.org.il	בית חולים הדסה	פיקר	אורלי	99
dov.fast@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	פסט	דב	100
nurit@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	פרידמן	נורית	101
hfernandes@leumit.co.il	לאומית שירותי בריאות	פרנדס	חיים	102
kokia@hadassah.org.il	בית חולים הדסה	קוקיה	אהוד	103
nir.kaidar@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	קידר	ניר	104
CalanitKe@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	קיי	כלנית	105
Kaye_r@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	קיי	רחל	106
shlomit.k@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	קרפיבקה לוי	שלומית	107
sigalre2@clalit.org.il	בית חולים מאיר	רגב-רוזנברג	סיגל	108
zorian_radomyslsky@meuhedet.co.il	קופת חולים מאוחדת	רדובילסקי	זוריאן	109
revach_mo@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	רווח	משה	110
bruce@jdc.org.il	מכון ברוקדייל	רוזן	ברוך	111
Joseph_r@meuhedet.co.il	קופת חולים מאוחדת	רוזנבלום	יוסי	112
yehuda.ron@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	רון	יהודה	113
dror@jdc.org.il	אש"ל	רותם	דרור	114



מייל	שיוך מוסדי	שם משפחה	שם פרטי	
shoshy.riba@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	ריב"א	שושנה	115
sima.reicher@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	רייכר	סימה	116
iris.rasooly@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	רסולי	איריס	117
shvarts@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן גוריון בנגב	שורץ	שפרה	118
jochanans@ekmd.huji.ac.il	האוניברסיטה העברית	שטסמן	יוחנן	119
yaffas@netvision.net.il	מנטה	שיר-רז	יפה	120
tovit@assuta.com	בית חולים אסותא	שמר	יהושע	121
einav.shimron@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	שמרון-דוברת	עינב	122
OrlyS@pmo.gov.il	המשרד לאזרחים ותיקים	שפר	אורלי	123
michaelsh@clalit.org.il	מרכז רפואי סוויקה	שרף	מיקי	124



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)  
The Israel National Institute for Health Policy Research

טל': 03-5303516/7 פקס: 03-5303250  
דוא"ל: [nihr@israelhpr.health.gov.il](mailto:nihr@israelhpr.health.gov.il)

[www.israelhpr.org.il](http://www.israelhpr.org.il)